Deutscher Bundestag **Drucksache 19/6887**

19. Wahlperiode 30.11.2018

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Unterrichtung

durch den Deutschen Ethikrat

Stellungnahme des Deutschen Ethikrates

Hilfe durch Zwang? – Professionelle Sorgebeziehungen im Spannungsfeld von Wohl und Selbstbestimmung

Inhaltsverzeichnis

		Seite
1	**Einleitung**	3
2	**Lebensspannenorientierter und professionsspezifischer Problemaufriss**	5
2.1	Kinder und Jugendliche	6
2.2	Erwachsene	7
2.3	Ältere Menschen	8
2.4	In der Stellungnahme behandelte Problemfelder	9
3	**„Wohltätiger Zwang“ – Begriffsklärung**	10
3.1	Begriffserläuterung „Zwang“	10
3.1.1	Arbeitsdefinition	10
3.1.2	Präzisierungen und Abgrenzungen	10
3.2	Merkmale *wohltätigen* Zwangs	11
4	**Normativer Orientierungsrahmen**	14
4.1	Zentrale normative Begriffe	14
4.1.1	Würde – Autonomie – Selbstbestimmung	14
4.1.2	Sorge	16
4.1.3	Angewiesenheit und Abhängigkeit	17
4.1.4	Sorgebeziehungen und Macht	18
4.1.5	Vulnerabilität	19
4.1.6	Vertrauen in Personen und Institutionen	20
4.1.7	Urteilskraft und Gewissen	20
4.2	Grund- und menschenrechtliche Aspekte	22

Zugeleitet mit Schreiben des Deutschen Ethikrates vom 22. November 2018.

Seite

4.3 Ethische Positionen der Rechtfertigung von Sorgebeziehungen wohltätigen Zwangs ... 26
4.4 Professionsethische Konkretionen ... 31
4.4.1 Sorgebeziehungen ... 31
4.4.2 „Abweichendes“ Verhalten und die klassische Konzeption des Doppelmandats sozialer Professionen ... 31
4.4.3 Wandel im professionellen Selbstverständnis ... 32
4.4.4 Professionsethische Grundsätze ... 33

5 Praxisfelder ... 36
5.1 Wohltätiger Zwang in der Psychiatrie ... 36
5.1.1 Problemaufriss ... 36
5.1.2 Formen wohltätigen Zwangs ... 38
5.1.3 Aktuelle Rechtslage ... 39
5.1.4 Situation in der Praxis ... 42
5.1.5 Ethische Reflexion ... 45
5.2 Wohltätiger Zwang in der Kinder- und Jugendhilfe ... 48
5.2.1 Problemaufriss ... 48
5.2.2 Formen wohltätigen Zwangs ... 51
5.2.3 Aktuelle Rechtslage ... 54
5.2.4 Situation in der Praxis ... 56
5.2.5 Ethische Reflexion ... 59
5.3 Wohltätiger Zwang im Kontext der Altenpflege und Behindertenhilfe ... 61
5.3.1 Problemaufriss ... 61
5.3.2 Formen wohltätigen Zwangs ... 64
5.3.3 Aktuelle Rechtslage ... 66
5.3.4 Situation in der Praxis ... 67
5.3.5 Ethische Reflexion ... 69

6 Zusammenfassung ... 73

7 Grundsätze und Empfehlungen ... 87
A Bereichsübergreifende Grundsätze und Empfehlungen ... 87
B Grundsätze und Empfehlungen – Psychiatrie ... 89
C Grundsätze und Empfehlungen – Kinder- und Jugendhilfe ... 90
D Grundsätze und Empfehlungen – Altenpflege und Behindertenhilfe ... 91

Sondervotum ... 93

Literaturverzeichnis ... 96

Entscheidungsverzeichnis ... 110

Abkürzungsverzeichnis ... 111

Mitglieder des Deutschen Ethikrates ... 113

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

1 Einleitung

Mit Wohltätigkeit und Fürsorge begründete Zwangsmaßnahmen sind in vielen Feldern des Sozial- und Gesundheitswesens verbreitet. Jede Anwendung von Zwang in solchen professionellen Sorgebeziehungen stellt aber einen schwerwiegenden Eingriff in die Grundrechte der betroffenen Person dar und ist folglich in besonderem Maße ethisch und rechtlich rechtfertigungspflichtig. Dies führte zu verschiedenen Zeitpunkten und in unterschiedlicher Intensität zu kritischen Diskussionen über entsprechende Praktiken in psychiatrischen Abteilungen, in Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe sowie in Pflege- und Behindertenheimen. Bislang wurden diese vorwiegend bereichsspezifisch geführt, und es wurden wenige Bezüge zwischen diesen Praxisfeldern hergestellt. Die vorliegende Stellungnahme nimmt sich dieser Problematik aus einer allgemeinen Perspektive an, entwickelt einen normativen Orientierungsrahmen und behandelt auf dieser Grundlage die drei genannten Praxisfelder, in denen sich die Frage nach der Rechtfertigung zwangsweise durchgesetzter Hilfsmaßnahmen, also (dem Anspruch nach) „wohltätigen" Zwangs, in besonderer Dringlichkeit stellt.

Mit dieser Stellungnahme verfolgt der Deutsche Ethikrat drei Ziele. Erstens will er die Öffentlichkeit für das schwierige Problemfeld der professionellen Hilfe durch Zwang im Spannungsfeld zwischen Wohl und Selbstbestimmung sensibilisieren, zweitens Politik, Gesetzgeber und Praxis auf Regelungs- und Umsetzungsdefizite hinweisen und mit Empfehlungen zu ihrer Behebung beitragen sowie drittens die Gesundheits- und Sozialberufe bei der Neuorientierung ihres Selbstverständnisses und ihrer Praxis als professionell Sorgende unterstützen.

In professionellen Sorgebeziehungen sollte nach Auffassung des Deutschen Ethikrates Zwang als Mittel zur Hilfe wo immer möglich vermieden werden. Wenn dennoch eine Zwangsmaßnahme in Betracht gezogen werden muss, sind die jeweiligen Handlungskontexte so zu gestalten, dass Achtung und Respekt vor der individuellen Person und ihrer Selbstbestimmung gewährleistet bleiben. Unmittelbarer Ausdruck dieser Achtung und dieses Respektes ist die weitestmögliche Einbeziehung des Betroffenen[1] (Partizipation) in allen Phasen und Situationen professioneller Sorgehandlungen des wohltätigen Zwangs. Die in dieser Stellungnahme entwickelten Grundsätze und Empfehlungen für den Umgang mit wohltätigem Zwang in professionellen Sorgebeziehungen folgen dem Prinzip der Ultima Ratio. Das bedeutet zweierlei: Erstens soll diese Stellungnahme dazu beitragen, Rahmenbedingungen, Strukturen und Prozesse so zu gestalten, dass Zwang möglichst vermieden wird. Zweitens kann es zu Notsituationen für die Betroffenen kommen, in denen die Anwendung von Zwang als letztes Mittel zu prüfen ist. Auch für diese Situationen soll die Stellungnahme Orientierung bieten.

Unter Zwang wird in dieser Stellungnahme die Überwindung des Willens der adressierten Person verstanden. „Wohltätig" wird Zwang im Folgenden dann genannt, wenn er mit der Abwehr einer Selbstschädigung des Adressaten begründet wird.[2] Eine andere, davon zu unterscheidende Frage ist, ob der Einsatz von Zwang in der konkreten Situation ethisch vertretbar ist. Da es um das Wohl der gezwungenen Person gehen soll, gehört Zwang zur Abwehr fremdschädigenden Verhaltens nicht zum Gegenstand dieser Stellungnahme, auch wenn die Grenzziehung zwischen Selbst- und Fremdschädigung zuweilen schwierig ist.

„Wohltätiger Zwang" ist in vielfacher Hinsicht ein anstößiger Begriff. Er stößt – dies haben nicht zuletzt die Anhörungen des Deutschen Ethikrates gezeigt – zunächst vielfach auf Ablehnung.[3] Kann ein Akt des Zwangs, der sich über den Widerstand des Gezwungenen hinwegsetzt, jemals aus dessen Sicht als Wohltat empfunden werden, selbst wenn er nur dessen Wohl dienen soll? Ist eine solche Unterstellung nicht zynisch und das Attribut des „*Wohltätigen*" nicht eine euphemistische Verklärung? Sollte nicht besser von „*selbstschädigungsverhinderndem* Zwang" gesprochen werden?

Abgesehen davon, dass der Terminus „selbstschädigungsverhindernder Zwang" schwerfällig ist, möchte der Deutsche Ethikrat mit dem Begriff „wohltätiger Zwang" auf die Spannung aufmerksam machen, die bei der Sorge für andere Menschen immer wieder auftritt: Professionelle Sorge soll einerseits selbstverständlich stets das Wohl der Sorgeempfänger befördern oder wenigstens erhalten und andererseits ihre Selbstbestimmung gerade auch dann achten, wenn ihre selbstbezogenen Entscheidungen für andere schwer oder gar nicht nachvollziehbar sind. In Spannung geraten diese gleichermaßen grundlegenden Ziele immer dann, wenn der Respekt vor der Selbstbestimmung eines Sorgeadressaten verlangt, eine schwere Selbstgefährdung dieser Person in Kauf zu nehmen. Dies sind die Situationen, in denen infrage steht, ob die Verletzung der Selbstbestimmung in der Form von Zwang wohltätig ist. Mit dem Terminus des „wohltätigen Zwangs" möchte der Deutsche Ethikrat

[1] Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf eine geschlechterspezifische Differenzierung verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung für alle Geschlechter.

[2] Dabei ist Selbstschädigung weit zu verstehen und umfasst neben körperlichen und seelischen Schäden unter Umständen auch Schäden sozialer Beziehungen, wenn diese eine Beeinträchtigung von Teilhabemöglichkeiten zur Folge haben.

[3] Dem trägt auch die Entscheidung Rechnung, im Titel dieser Stellungnahme von „Hilfe durch Zwang" zu sprechen, auch wenn im Text zumeist von „wohltätigem Zwang" die Rede ist.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

den grundlegenden Konflikt solcher Situationen aufzeigen und eine fachliche wie gesellschaftliche Debatte anregen. Dabei ist klar, dass Zwang aus der Perspektive des Gezwungenen allenfalls in der Rückschau als Wohltat erkannt werden kann. Würde er das für ihn Wohltätige einer Zwangsmaßnahme unmittelbar erfahren können, dann würde er höchstwahrscheinlich jeden Widerstand aufgeben, der Maßnahme zustimmen und damit selbst deren Zwangscharakter aufheben.

Die vorliegende Stellungnahme beschäftigt sich mit Zwangsmaßnahmen in der Praxis der Sozial- und Gesundheitsberufe. Im Folgenden geht es also ausschließlich um professionelle Sorgebeziehungen. Dort werden Maßnahmen wohltätigen Zwangs häufig damit gerechtfertigt, dass die Verpflichtung zur Sorge für das Wohlergehen der betroffenen Person schwerer wiege als deren Anspruch auf Selbstbestimmung. Diese Rechtfertigung wohltätigen Zwangs ist angesichts des grundlegenden Wechsels zur Perspektive der Sorgeempfänger und der Veränderungen im professionellen Selbstverständnis zweifelhaft. Letztere sind mit Begriffen wie „Personenzentrierung“, „Ressourcen- statt Defizitkonzeption“ und „Menschenrechtsorientierung“ belegt und werden im Folgenden näher erläutert (siehe Kapitel 2 und Abschnitt 4.2).

In dieser Stellungnahme werden die vorstehend skizzierten Veränderungen, die mit ihnen verbundene Betonung der Selbstbestimmung und die in einzelnen Bereichen geführten Diskussionen um Zwangsmaßnahmen aufgegriffen und die Rechtfertigung wohltätigen Zwangs in professionellen Sorgebeziehungen auf eine allgemeine normative Grundlage gestellt. Wohltätiger Zwang erweist sich danach nicht als per se unzulässig, sondern kann unter bestimmten, hier näher entwickelten Bedingungen als Ultima Ratio bei der professionellen Sorge gerechtfertigt sein. Dafür sind drei Fallkonstellationen zu unterscheiden:

a) Der Sorgeadressat äußert Wünsche und Bedürfnisse, ist aber in der konkreten Situation unzweifelhaft nicht zu einer freiverantwortlichen Entscheidung in der Lage. Für diese Personengruppe kann wohltätiger Zwang unter bestimmten Umständen gerechtfertigt sein.

b) Der Sorgeadressat entscheidet, wobei in der vorliegenden Situation aber begründete Zweifel an der Freiverantwortlichkeit seiner Entscheidung bestehen. Bereits in solchen Zweifelsfällen kann wohltätiger Zwang unter Umständen gerechtfertigt sein.[4]

c) Der Sorgeadressat entscheidet unzweifelhaft freiverantwortlich. In diesem Fall kann wohltätiger Zwang nicht gerechtfertigt sein – selbst in solchen Fällen nicht, wo dies aufseiten des Sorgeadressaten zu einer schweren Selbstschädigung und aufseiten der Sorgenden zu einer extremen Herausforderung ihrer professionellen Sorgeverbindlichkeiten führt.

Mit dieser Differenzierung sind zwei Konsequenzen für die ethische Rechtfertigung von wohltätigem Zwang verbunden: Erstens erhält die Beurteilung, ob eine Person freiverantwortlich handelt oder nicht, großes Gewicht. Sie ist einerseits per se problematisch und in der Praxis mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden, andererseits aber unverzichtbar. Zweitens darf wohltätiger Zwang auch bei Personen, die nicht zu freiverantwortlichem Handeln in der Lage sind, nur unter bestimmten Voraussetzungen und nur als Ultima Ratio angewandt werden. Diese Argumentation soll im Folgenden entfaltet werden.

Professionelle Sorge orientiert sich an der Person des Sorgeempfängers und seinem Wohl. Seine Vorstellungen, Wünsche und Bedürfnisse und die Vorstellungen darüber, was seinem Wohl entspricht und ihm dient, sind jedoch je nach Lebensphase und beteiligter Profession sehr verschieden. Daher wird die Problematik wohltätigen Zwangs im Rahmen professioneller Sorgebeziehungen in Orientierung an der Lebensspanne eines Menschen mit ihren charakteristischen Stadien eingeführt (siehe Kapitel 2), und die anschließend entwickelte allgemeine normative Grundlage (siehe Kapitel 4) in drei Praxisfeldern konkretisiert, die von je unterschiedlichen Professionen mit ihren verschiedenen wissenschaftlichen Grundlagen und professionellen Selbstverständnissen geprägt werden: in der Psychiatrie, in der Kinder- und Jugendhilfe sowie in der Altenpflege und Behindertenhilfe (siehe Kapitel 5).

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

[4] Näheres zum Umgang mit solchen Zweifelsfällen siehe Abschnitte 3.1.2, 4.1.1 und 4.3.

2 Lebensspannenorientierter und professionsspezifischer Problemaufriss

Die Problematik der Legitimation wohltätigen Zwangs stellt sich in allen Lebensphasen in Konstellationen, in denen die Fähigkeiten der betroffenen Personen zur Selbstbestimmung eingeschränkt sind. Diese Einschränkung kann entwicklungsbedingt (z. B. bei Kindern), vorübergehend (z. B. bei schwer psychisch Erkrankten), generell (z. B. bei Personen mit dauernden kognitiven Beeinträchtigungen) oder fortschreitend (z. B. bei Personen mit Demenz) sein.

Freiverantwortliche Entscheidungen stellen Anforderungen an die Urteilskompetenz der Person. Sie muss jeweils in der Lage sein zu verstehen, welche Bedeutung eine Entscheidung für ihre aktuelle und zukünftige Situation hat, wofür je nach ihrer Art und Tragweite unterschiedliche kognitive, sozio-emotionale und moralische Kompetenzen erforderlich sein können.

Die Entwicklungspsychologie betont die aktive Rolle, mit der jeder Mensch in den verschiedenen Phasen seines Lebens die eigene Entwicklung gestaltet.[5] Schon Säuglinge und Kleinkinder tragen in vielfältiger Weise – durch ihre Aufmerksamkeitsmuster, ihren Sprachgebrauch, ihr Spielverhalten – durchaus kompetent zu ihrer eigenen Entwicklung bei.[6] Mit der Entwicklung von kognitiven und moralischen Kompetenzen und der Fähigkeit, eigene Kompetenzen realistisch wahrzunehmen, stellt sich mit fortschreitendem Alter zunehmend die Aufgabe, Verantwortung für die eigene Entwicklung, aber auch für andere zu übernehmen.[7] In der Kindheit steht die Ausbildung von Vertrauen sowohl in die eigenen Kräfte als auch in die Bezugspersonen im Zentrum des Erlebens. Im Jugendalter liegt der Akzent in stärkerem Maße auf dem Vertrauen in die persönliche und gesellschaftliche Zukunft. Stärker als in der Kindheit wird die eigene Person aktiv konstruiert und gestaltet, dies insbesondere durch Prozesse der Selbstkategorisierung als Mitglied von sozialen Gruppen, durch den Entwurf von Entwicklungsperspektiven für das eigene Selbst und Versuche zu ihrer Realisierung.[8] Dabei geht es vor allem auch darum, die Definition und Verfolgung von Entwicklungszielen an die Entwicklungsbedingungen anzupassen. Reifungsprozesse begründen ebenso wie kulturelle Werte und Normen Entwicklungsfristen, innerhalb deren Ziele unter vertretbarem Einsatz von Ressourcen und mit hinreichender Erfolgsaussicht verfolgt werden können.[9] Menschen müssen sich entscheiden, welche Ziele sie zu einem gegebenen Zeitpunkt als vorrangig setzen und welche sie vorübergehend zurückstellen oder ganz aufgeben. Auch können sie in ihren Bemühungen, diese Ziele zu erreichen, scheitern. Die erfolgreiche Gestaltung eigener Entwicklung verweist entsprechend auf die Bildung und Verfolgung von Zielen wie auch auf die Fähigkeit, Ziele im Falle gescheiterter Bemühungen oder abnehmender zeitlicher, materieller und immaterieller Ressourcen flexibel anzupassen oder aufzugeben.[10]

Das Erwachsenenalter zeichnet sich durch die Gleichzeitigkeit von Gewinnen, Stabilität und Verlusten wie auch durch Kontinuität und Diskontinuität in den verschiedenen Entwicklungsbereichen aus. Gleichzeitig nehmen Unterschiede zwischen Menschen im Entwicklungsverlauf zu, Veränderungen werden stärker durch die aktive Setzung und Verfolgung individueller Entwicklungsziele bestimmt.[11] Für das hohe Alter ist die Notwendigkeit der Integration von Potenzial- und Verletzlichkeitsperspektive zu betonen, wobei sowohl seelisch-geistige und kommunikative Stärken als auch körperliche und hirnorganische Schwächen in den Blick zu nehmen sind.[12] Das Altern ist allerdings kein biologisch-genetisches „Programm“, das im Kern nicht positiv beeinflusst werden könnte.[13] Die Gestaltbarkeit des Alterns – im körperlichen wie auch im seelisch-geistigen Bereich – ist auch für das hohe Lebensalter belegt.[14] Empirische Befunde zeigen, dass es mit fortschreitendem Alter immer wichtiger wird, das Selbst an eine veränderte Lebenssituation anzupassen, während in früheren Lebensabschnitten eher die Lebenssituation aktiv in Richtung auf eine höhere Übereinstimmung mit Zielen und Ansprüchen verändert werden kann.[15]

In jedem Lebensalter kann es zwischen den Betroffenen und den für deren Wohl Verantwortlichen zu Diskrepanzen kommen hinsichtlich (a) der jeweils als maßgeblich erachteten Entwicklungsziele, (b) der Möglichkeiten, spezifische Zielsetzungen überhaupt (noch) zu erreichen, oder (c) der Mittel, die im Prozess der Zielverfol-

[5] In Bezug auf die verschiedenen Lebensalter vgl. die Beiträge in Wahl/Kruse 2014. Grundlegend zum Verständnis von Entwicklung im Lebenslauf vgl. dort Kruse/Wahl 2014 sowie Baltes/Lindenberger/Staudinger 2006.
[6] Vgl. Siegler et al. 2016.
[7] Vgl. Haase/Heckhausen 2012.
[8] Vgl. Kruse/Schmitt 2011.
[9] Vgl. Heckhausen/Wrosch/Schulz 2010.
[10] Vgl. Brandtstädter 2007.
[11] Vgl. Freund/Nikitin 2012.
[12] Vgl. Kruse 2017.
[13] Vgl. Kowald/Kirkwood 2015.
[14] Vgl. Lindenberger 2014.
[15] Vgl. Brandtstädter 2007.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

gung als verhältnismäßig angesehen werden. Empirische Untersuchungen belegen vielfach, dass Entwicklungsprozesse durch geeignete – je nach Altersgruppe erzieherische oder pädagogisch-rehabilitative – Interventionen nachhaltig beeinflusst, Entwicklungschancen (z. B. Verbesserung von Leistungsfähigkeit und Gesundheit) genutzt und Entwicklungsrisiken (z. B. fortschreitender Verlust von Kompetenzen, Selbstgefährdung) vermieden werden können.[16] Wenn solche Interventionen nicht mit den aktuellen Zielen der Personen übereinstimmen, können sie in wohltätigen Zwang umschlagen. Das macht ihre Anwendung in besonderer Weise problematisch.

Davon zu unterscheiden sind andere Formen wohltätigen Zwangs. Freiheitsentziehende Maßnahmen wie die Unterbringung in einer Klinik oder einem Heim gegen den Willen der betroffenen Person, das Anbringen von Bettgittern oder Fixierungsgurten, die Gabe von Medikamenten zum Zwecke der Ruhigstellung oder eine medizinische Behandlung gegen den Willen des Patienten stellen ebenfalls wohltätigen Zwang dar, sofern sie auf das Wohlergehen der betroffenen Person abzielen.

Auch wenn sie deren Wohl dienen sollen, können Zwangsmaßnahmen wie die dargestellten den betroffenen Personen jedoch auch Schaden zufügen und ihnen Möglichkeiten der Selbstverwirklichung nehmen. Die Anwendung von Maßnahmen wohltätigen Zwangs in professionellen Sorgebeziehungen erfolgt daher stets im Spannungsfeld von Wohl und Selbstbestimmung. Wie in Kapitel 5 im Einzelnen dargestellt werden wird, sind die Formen und Anwendungsbedingungen wohltätigen Zwangs dabei je nach Lebensphase der Betroffenen und Art des professionellen Hilfesystems durchaus unterschiedlich.

Im Sozial- und Gesundheitswesen wird die Entscheidung über Zwangsmaßnahmen nicht selten in einem Dreiecksverhältnis zwischen der betroffenen Person, ihren Vertretern bzw. Angehörigen und den professionell Sorgenden getroffen. Vertreter bzw. Angehörige und professionell Sorgende haben dabei in der Regel das Wohl der betroffenen Person im Auge, können aber auch eigene Interessen verfolgen. Wie einleitend bereits angedeutet, wurde der Einsatz von wohltätigem Zwang bislang, dem traditionellen Ethos der Fürsorge und Wohltätigkeit der Sozial- und Gesundheitsberufe folgend, mit der Notwendigkeit begründet, das Wohl der betroffenen Person sicherzustellen. Dabei ging man oft wie selbstverständlich davon aus, dass Zwang, der wohltätig gemeint ist, dadurch per se gerechtfertigt sei. Die ethische und rechtliche Legitimation wohltätigen Zwangs wird allerdings im Zuge der stärkeren Menschenrechtsorientierung der Sozial- und Gesundheitsberufe zunehmend hinterfragt. Die Legitimierbarkeit von wohltätigem Zwang bei Personen, deren Handlungen zweifelsfrei als freiverantwortlich anzusehen sind, steht damit generell infrage. Nur bei Personen, deren Freiverantwortlichkeit verneint oder aus guten Gründen bezweifelt wird, hält man wohltätigen Zwang unter bestimmten Bedingungen für legitim. Folgt man dieser Position, die auch in der vorliegenden Stellungnahme vertreten wird, ist die Zuschreibung, ob eine Person freiverantwortlich oder nicht freiverantwortlich handelt, von entscheidender Bedeutung für die Legitimation solchen Zwangs.

In jüngster Zeit wurde zunächst die Praxis von Zwangsmaßnahmen in der Erwachsenenpsychiatrie und Forensik problematisiert, nachdem einige höchstrichterliche Entscheidungen die Rechtsgrundlagen für Zwangsbehandlungen für unzureichend erklärt hatten. Zunehmend wird die Anwendung wohltätigen Zwangs auch in der somatischen Medizin, der Pflege sowie verschiedenen Praxisfeldern sozialer Berufe kontrovers diskutiert. Im Folgenden werden mit Blick auf jeweils unterschiedliche Lebensphasen charakteristische Konstellationen wohltätigen Zwangs im Rahmen professioneller Sorgebeziehungen skizziert.[17]

2.1 Kinder und Jugendliche

In der Jugendhilfe werden pädagogische Maßnahmen zum Teil auch gegen den Willen der Jugendlichen verwirklicht. Zu nennen sind hier restriktive Erziehungsmodelle mit Zwangscharakter, nach denen etwa die übliche Fernseh- und Internetnutzung, der Ausgang, die Auszahlung von Taschengeld, die Möglichkeit, bei den Eltern anzurufen oder mit sozialen Medien zu kommunizieren, als Sanktion für Fehlverhalten reduziert werden und dann durch regelkonformes Verhalten „verdient“ werden müssen. Derartige pädagogische Konzepte erfreuen sich einer gewissen Popularität, stehen allerdings aus erziehungswissenschaftlicher Sicht in der Kritik.

Kinder und Jugendliche mit Behinderungen oder mit schweren oder chronischen Krankheiten bedürfen oft in hohem Maße medizinischer Versorgung. Diese kann gerade bei kleineren Kindern und bei Kindern mit kognitiven Beeinträchtigungen große Ängste auslösen. Hohe Belastungen (z. B. durch Untersuchungen oder operative Eingriffe) oder Schmerzen (z. B. bei Physiotherapie) können zu einer Abwehrhaltung beim Kind führen, die sich bis zur Panik steigern kann. Oft wird die Untersuchung oder Behandlung dann zwangsweise durchge-

[16] Ausführlicher Überblick in Kruse 2017.

[17] Von Bedeutung ist wohltätiger Zwang auch in privaten und familiären Sorgebeziehungen, die aber nicht Gegenstand dieser Stellungnahme sind.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

führt. Diese Form des wohltätigen Zwangs orientiert sich zwar am gesundheitlichen Wohl des Kindes; im Zusammenhang mit einer möglichen Rechtfertigung sollte aber bedacht werden, dass gerade bei Kindern mit Behinderungen bzw. schweren oder chronischen Krankheiten, die solche Erfahrungen zwangsweiser Behandlung intensiv, wiederholt oder gar regelmäßig machen, posttraumatische Belastungsstörungen mit negativen Folgen für die Persönlichkeitsentwicklung die Folge sein können.[18] Wenn das Fortschreiten von chronischen Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen nur mit täglicher zeitaufwändiger Therapie verhindert werden kann, sehen sich Eltern häufig in dem Konflikt, dass sie einerseits Traumata durch gegen den Willen des Kindes erzwungene Therapien vermeiden wollen, andererseits aber der Verzicht auf eine Therapie als schwere Vernachlässigung des Kindes betrachtet werden könnte.

Bei auffälligen Verhaltensweisen von Kindern und Jugendlichen, wie Essstörungen, Aufmerksamkeitsstörungen oder aggressivem Konfliktverhalten, werden zum einen die Kinder- und Jugendhilfe, zum anderen oft auch die Kinder- und Jugendpsychiatrie einbezogen. Letztere greift bei solchen Problemlagen auch auf Psychopharmaka zurück, etwa bei Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung. Es ist fachlich umstritten, ob die Verabreichung von Psychopharmaka hier tatsächlich dem Kindeswohl dient oder ob sie die psychische Entwicklung der Kinder nicht im Gegenteil beeinträchtigt.[19] Im Fokus der Aufmerksamkeit stehen neuerdings überdies jene freiheitsentziehenden Maßnahmen, die in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und anderen Kindereinrichtungen bisher allein auf der Basis der Zustimmung der Eltern durchgeführt wurden und nunmehr (nach § 1631b BGB) vom Familiengericht genehmigt werden müssen.[20] Problematisch ist hierbei vor allem, dass in der Praxis die elterliche Entscheidung häufig nicht in voller Kenntnis der einzelnen Maßnahmen erfolgt und die Zustimmung unter Druck der jeweiligen Einrichtung, in der sich das Kind befindet, abgegeben wird. Rechtlich ist eine Einwilligung, die den Eltern unter den Bedingungen einer Zwangslage abgenommen wurde, zwar fragwürdig, praktisch befinden sich die Sorgeberechtigten und die Minderjährigen jedoch in einer ausweglosen Situation. Die neue rechtliche Lage, die derartige Zwangsmaßnahmen nur nach einer gerichtlichen Entscheidung erlaubt, verspricht eine gewisse Verbesserung, wenn und soweit die Gerichte hier fachkundige Entscheidungen treffen können.

Entscheidungen über medizinische Maßnahmen bei Minderjährigen gehören grundsätzlich zur Verantwortung der Eltern. Alle Kinder haben jedoch das Recht, an Entscheidungen, von denen sie betroffen sind, dergestalt teilzuhaben, dass ihre Meinung gehört und berücksichtigt wird. Dabei wird diskutiert, inwieweit aus rechtlicher und ethischer Sicht der Wille der Kinder und Jugendlichen bei Entscheidungen über medizinische Maßnahmen sogar ausschlaggebend sein sollte.

2.2 Erwachsene

Bei Erwachsenen kommt wohltätiger Zwang ebenso in der somatischen Medizin wie in der Psychiatrie, aber auch in der Pflege sowie im Bereich der sozialen Arbeit vor.

In der somatischen Medizin ist wohltätiger Zwang beispielsweise zu beobachten, wenn ein kognitiv stark eingeschränkter Patient, der sich wiederholt den Infusionsschlauch ziehen will, fixiert wird oder wenn bei einem schwer demenzkranken Patienten, der das Essen ablehnt, eine Sonde für die künstliche Ernährung gelegt wird. In der psychiatrischen Versorgung wird Zwang in der Regel mit der Abwendung von Selbst- oder Fremdschädigung gerechtfertigt. Dabei liegt der Fokus dieser Stellungnahme auf der Vermeidung von Selbstschädigung, weil es nur in diesem Fall um das unmittelbare Wohl der Person geht. Von wohltätigem Zwang betroffen sind nicht nur Personen mit akuten psychotischen Symptomen ohne Krankheitseinsicht, sondern auch Patienten mit affektiven Störungen und Depressionen, die eine Behandlung ablehnen. In solchen Fällen wird oft eine Zwangsunterbringung veranlasst und eine Zwangsbehandlung durchgeführt (siehe Abschnitt 5.1.4). Dabei drängen häufig auch die mitbetroffenen Angehörigen auf die Durchführung von Zwangsmaßnahmen. Zwangsmaßnahmen, die eigentlich zum Wohl der betroffenen Person eingesetzt werden, können jedoch zur Folge haben, dass eine Spirale aus Abwehr und Zwang ausgelöst wird. Viele Betroffene berichten von traumatischen Erfahrungen völliger Hilflosigkeit und des Ausgeliefertseins durch psychiatrische Zwangsmaßnahmen. Nicht selten lehnen Personen, die solche Erfahrungen gemacht haben, für den Fall einer erneuten akuten Krankheitsepisode medizinisch-psychiatrische Hilfe generell ab. Dies verdeutlichen Initiativen, mit denen Verbände Psychiatrieerfahrener für entsprechende Patientenverfügungen werben.[21]

---

[18] Vgl. Irblich 2004, 16 ff.

[19] Vgl. Parens/Johnston 2009.

[20] Eingeführt zum 1. Oktober 2017 durch das Gesetz zur Einführung eines familiengerichtlichen Genehmigungsvorbehaltes für freiheitsentziehende Maßnahmen bei Kindern vom 17. Juli 2017 (BGBl. I, 2424).

[21] So wird beispielsweise in der Kampagne PatVerfü mit dem Slogan „Geisteskrank? Ihre eigene Entscheidung!“ für Patientenverfügungen geworben (http://www.patverfue.de).

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

In den Praxisfeldern der sozialen Arbeit spielen neben direkten auch indirekte Formen wohltätigen Zwangs eine Rolle. Ein einschlägiges Beispiel ist die Suchthilfe bei Schwerstabhängigen. Eine gängige Praxis im Strafvollzug ist etwa, einem Klienten eine Substitutionsbehandlung vorzuenthalten, um seine Bereitschaft zu erhöhen, an einer Entziehungstherapie teilzunehmen. Dies wird mit Bezug auf sein Wohl gerechtfertigt. Dabei ist aber zu bedenken, dass die Erfolgsaussichten der Entziehungstherapie in solchen Konstellationen fraglich sind. Dies muss bei einer Rechtfertigung des Vorenthaltens der gewünschten Substitutionsbehandlung berücksichtigt werden.

In der Behindertenhilfe werden häufig Hilfs-, Unterstützungs- oder Pflegehandlungen, die auf das Wohl der Person zielen, zwangsweise ausgeübt. Wie seit Langem bekannt ist, unterliegen Betroffene mit hohem Unterstützungsbedarf nicht selten auch strukturellen Zwängen.[22] Sofern solche Maßnahmen nicht mit dem Wohl der Betroffenen, sondern anderen Notwendigkeiten begründet werden, sind sie nicht Gegenstand dieser Stellungnahme.

Eingriffe in die Fertilität durch die Gabe von Kontrazeptiva sind in Einrichtungen der Behindertenhilfe an der Tagesordnung. Dabei ist nicht immer klar, inwieweit die betroffenen Frauen gefragt werden. Bei Entscheidungen über solche Eingriffe spielen neben Sorgen um das Wohlergehen von Frauen mit Behinderungen einerseits und ihrer möglichen Kinder andererseits auch das Interesse ihrer Eltern, nicht die Sorge für ein Enkelkind übernehmen zu müssen, und die Interessen von Einrichtungen, die häufig nicht auf die Betreuung von Eltern mit Behinderung eingerichtet sind, eine Rolle.

Ein weiteres, ausgesprochen sensibles Feld wohltätigen Zwangs ist der Eingriff in das Familienleben von Menschen mit Behinderung. Verschiedentlich werden die Kinder von Eltern mit geistiger Behinderung gegen deren Willen bei Pflegefamilien untergebracht. Vor dem Hintergrund neuer Studien und der UN-Behindertenrechtskonvention plädieren viele Autoren für größere Zurückhaltung bei solchen staatlichen Eingriffen.[23]

Pädagogische Konzepte zum Umgang mit herausforderndem Verhalten (z. B. verhaltenstherapeutisch motivierter Einsatz von Straf- und Belohnungsreizen, physische Gewalt durch Festhalten, sozialer Ausschluss wie „Time-out“[24]) oder auch der Einsatz sogenannter Bedarfsmedikation zur Abwendung von Selbstgefährdung werden in der Behindertenarbeit als unverzichtbar angesehen. Die sogenannten Bedarfsmedikamente werden oft verdeckt verabreicht, und ihr Einsatz wird durch fehlendes oder nicht ausreichend in Deeskalationsmethoden geschultes Personal begünstigt. Kritisch hinterfragt wird, ob die genannten Maßnahmen mit der gebotenen Zurückhaltung eingesetzt werden und ob sie tatsächlich dem Wohl der Person dienen.

2.3 Ältere Menschen

Im höheren Lebensalter gewinnt wohltätiger Zwang vor allem im Kontext von Pflegebedürftigkeit an Bedeutung. Zwangsmaßnahmen bei abweichendem oder störendem Verhalten, unter anderem von pflegebedürftigen Personen mit einer Demenz, werden nicht selten mit der Fürsorge für diese Personen und deren Wohl gerechtfertigt. In Situationen, in denen es für die pflegenden und betreuenden Angehörigen oder Pflegefachpersonen um die Entscheidung für oder gegen die Selbstbestimmung des pflegebedürftigen Menschen geht, spielt häufig die Sorge eine Rolle, sich an dem anvertrauten Menschen wegen mangelnder Fürsorge schuldig zu machen. Bei Pflegefachpersonen besteht zudem die Furcht, dafür verantwortlich gemacht zu werden, wenn ein pflegebedürftiger Mensch zum Beispiel durch einen Sturz Schaden nimmt, der durch ein Bettgitter hätte verhindert werden können. Dadurch kann es zur Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen oder zwangsweise durchgesetzten Pflegehandlungen kommen.

Besonders hoch ist die Wahrscheinlichkeit, wohltätigem Zwang ausgesetzt zu werden, für Menschen mit kognitiven Einschränkungen oder Demenz. Das betrifft einerseits freiheitsentziehende Maßnahmen wie etwa die geschlossene Unterbringung oder den Einsatz von Bettgittern, Gurten und anderen mechanischen Fixierungen; andererseits gehören dazu Pflege- und Betreuungshandlungen, die einem Menschen mit Pflegebedarf aufgenötigt werden, weil man es „gut mit ihm meint“. Ein Beispiel hierfür ist das Aufnötigen eines veränderten Ernährungs- und Trinkverhaltens in Pflegeeinrichtungen, das nicht den eigenen Gewohnheiten bzw. Bedürfnissen entspricht. Zudem zeigen ältere von Demenz betroffene Personen oft Symptome, die von der Umgebung als herausfordernd empfunden werden, wie psychomotorische Unruhe und Erregungszustände, Bewegungsdrang,

[22] Vgl. Goffman 1973.
[23] Vgl. etwa Pixa-Kettner/Rohmann 2012.
[24] Das Time-out-Konzept sieht vor, das Kind oder den Jugendlichen, das bzw. der herausforderndes Verhalten zeigt, vorübergehend aus dem üblichen sozialen Umfeld herauszunehmen und in eine möglichst reizarme Situation, etwa in speziell dafür eingerichteten Räumen, zu verbringen.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

wirklichkeitsferne Überzeugungen, Sinnestäuschungen, Aggressivität, Schlafstörungen, Depressionen, Niedergeschlagenheit oder Misstrauen. Darauf wird in der Praxis oft mit ruhigstellenden Medikamenten wie Tranquilizern oder Neuroleptika oder mit mechanischen freiheitsentziehenden Maßnahmen reagiert (siehe Abschnitt 5.3.4).

2.4 In der Stellungnahme behandelte Problemfelder

Medizinische Zwangsbehandlungen (z. B. zwangsweise Zahnbehandlung eines Menschen mit geistiger Behinderung oder zwangsweise therapeutische Maßnahmen bei einem somatisch verursachten Delir) und freiheitsentziehende Maßnahmen (z. B. Zwangsunterbringung, Bettgitter, Gurte am Rollstuhl oder im Bett) müssen durch Betreuungsgerichte genehmigt werden. Diese müssen zwischen dem Respekt vor der Selbstbestimmung der betroffenen Person einerseits sowie ihrem Wohlergehen andererseits abwägen. Fachlich ist oft umstritten, welcher Schutz zum Wohl der betroffenen Person geboten ist und wie er erfolgen sollte. Im Übrigen haben sich die moralischen und rechtlichen Prämissen zugunsten einer stärkeren Achtung der Selbstbestimmung verschoben. Pflegende und Betreuende sehen sich immer öfter damit konfrontiert, dass beantragte Zwangsmaßnamen abgelehnt werden und sie nach Alternativen suchen müssen. Dies stellt sie vor fachliche und professionsethische Herausforderungen.

Weil die öffentliche Problematisierung wohltätigen Zwangs vom Praxisfeld der Psychiatrie ausging, wird sich die vorliegende Stellungnahme zunächst exemplarisch für das medizinische Praxisfeld mit psychiatrischen Zwangsmaßnahmen befassen (siehe Abschnitt 5.1). Inhaltlich spricht für dieses Vorgehen vor allem: Höchstrichterliche Urteile haben einen erheblichen Reformbedarf in Praxis und Gesetzgebung aufgezeigt. Dies stellt einerseits die psychiatrische Versorgung vor große Herausforderungen, hat aber andererseits auch eine Dynamik der Entwicklung von Alternativen zu Zwangsmaßnahmen und einen Reflexionsprozess in der Psychiatrie ausgelöst.

Erzieherische Interventionen bei auffälligem, herausforderndem oder unerwünschtem Verhalten oder pädagogisch-rehabilitative Maßnahmen gegen den Willen der Betroffenen sind dagegen bislang weniger im Fokus der ethischen und juristischen Debatten. Aus (berufs-)ethischer Sicht sozialer Professionen wurden sie bis vor wenigen Jahren für wenig problematisch gehalten. Das Ziel, das Wohl von Menschen sicherzustellen, denen mangelnde Fähigkeit zur Einsicht und Selbstbestimmung zugeschrieben wurde, schien die Zwangsmaßnahmen wie von selbst zu rechtfertigen. Vonseiten der Behindertenbewegung wurde diese berufsethische Gewissheit als paternalistische Bevormundung und Fremdbestimmung von Menschen mit Behinderung vehement kritisiert. Einschlägig ist hier der Slogan der internationalen Behindertenrechtsbewegung „Nothing about us without us“.[25] Dies hat nachhaltige Veränderungen in der Behindertenhilfe bewirkt. In der Kinder- und Jugendhilfe dagegen scheinen sich nach einer eher reformpädagogisch geprägten Zeit heute in der Praxis wieder restriktivere Konzepte durchzusetzen (siehe Abschnitt 5.2.1). Weil pädagogische Formen wohltätigen Zwangs viel weniger diskutiert werden, aber offenbar ähnliche Probleme aufwerfen wie in der Medizin angewandte, werden sie in der vorliegenden Stellungnahme ebenfalls erörtert (siehe Abschnitt 5.2).

Ein drittes Anwendungsfeld, dem sich die vorliegende Stellungnahme widmet, ist die Begleitung von Menschen mit einem hohen bis sehr hohen Hilfe-, Unterstützungs- und Pflegebedarf. Dabei handelt es sich zum einen um Menschen mit komplexen Beeinträchtigungen (darunter häufig kognitive), zum anderen um pflegebedürftige ältere Menschen. In Bezug auf diese Personengruppen geht es nicht nur um freiheitsbeschränkende Maßnahmen, sondern auch um aktivierende pädagogisch-rehabilitative Maßnahmen gegen den Willen des Betroffenen. Gemeinsam ist diesen Gruppen auch, dass sie sich häufig in stationärer Pflege befinden und dort strukturellen Zwängen ausgesetzt sind (siehe Abschnitt 5.3).

Die drei genannten Praxisfelder Psychiatrie, Kinder- und Jugendhilfe sowie Altenpflege und Behindertenhilfe werden von unterschiedlichen Professionen mit je eigenen wissenschaftlichen Grundlagen und professionellen Selbstverständnissen geprägt. In der Stellungnahme wird deshalb untersucht, welche Formen wohltätigen Zwangs in diesen Praxisfeldern vorkommen und wie sie jeweils professionsethisch gerechtfertigt werden. Sie fragt, wie Zwangsmaßnahmen vermieden werden und wie sie rechtlich und ethisch gerechtfertigt sein können, und konkretisiert dafür die hier entwickelte allgemeine normative Grundlage. Schließlich wird der Handlungsbedarf in Praxis und Gesetzgebung aufgezeigt.

[25] Vgl. z. B. European Disability Forum (http://www.edf-feph.org).

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

3 „Wohltätiger Zwang“ – Begriffsklärung

3.1 Begriffserläuterung „Zwang“

3.1.1 Arbeitsdefinition

In dieser Stellungnahme ist mit Zwang gemeint, dass ein Akteur den Willen einer adressierten Person überwindet. Dabei reicht schon die Überwindung einer Abwehr aus, in der sich der juristisch sogenannte natürliche Wille des Adressaten (siehe Abschnitt 3.1.2 unter 1.2) manifestiert.

3.1.2 Präzisierungen und Abgrenzungen

Zentrales Element der vorstehend skizzierten Arbeitsdefinition ist der Begriff der „Überwindung des Willens einer adressierten Person“.

(1) Der Begriff des „Willens“ hat zwei verschiedene Grundbedeutungen: einerseits die generelle Fähigkeit des Menschen zu handeln, andererseits die konkrete Intention eines Akteurs zu einer bestimmten einzelnen Handlung.[26] Unter einem *Willen* im generellen Sinn wird hier die Fähigkeit einer Person verstanden, als Urheber ihre Handlungen selbstständig hervorzubringen und sie sich als eigene Handlungen zuzuschreiben. Der einzelne („volitionale“) Akt des Willens zu einer konkreten Handlung (oder Unterlassung) bedarf eines zusätzlichen intentionalen, zur körperlichen Ausführung disponierenden („exekutiven“) Elements im Bewusstsein des Handelnden. Wie dieses Element am treffendsten zu bezeichnen und wie sein Verhältnis zu der ausführenden Körperbewegung (oder deren Unterlassung) genau zu bestimmen wäre, ist in der philosophischen Handlungstheorie umstritten. Über den Hinweis hinaus, dass ein solches exekutives Element für einzelne willentliche Handlungen (oder Unterlassungen) erforderlich ist und im Folgenden vorausgesetzt wird, bedarf dieser Streit hier keiner weiteren Klärung.

(1.1) Der Grad der Selbstbestimmung kann je nach äußerer Situation, nach aktueller innerer Verfassung oder generell nach dem lebensgeschichtlichen Entwicklungsstand variieren: Selbst kleinere Kinder haben ihren Willen, den sie gegenüber anderen zur Geltung bringen können. Freilich erreicht er erst im Verlauf ihrer Lebensentwicklung jenen Grad an Reflexivität, der für freiverantwortliches und damit im vollen Sinne selbstbestimmtes Handeln einer Person erforderlich ist. Freiverantwortlich ist das Handeln einer Person dann, wenn sie selbst einer Handlungsoption zustimmen, sie ablehnen oder zwischen zur Verfügung stehenden unterschiedlichen Handlungsoptionen wählen kann, wenn sie versteht, was sie auszuführen bzw. zu unterlassen beabsichtigt (einschließlich der für sie absehbaren Folgen und Nebenfolgen), und sie ihre Entscheidung in den Kontext ihres Lebensentwurfes einordnen kann.

Eine Person ist zu diesem freiverantwortlichen Handeln dann nicht in der Lage, wenn sie beispielsweise aufgrund ihres Alters, einer Krankheit oder einer körperlichen bzw. psychischen Beeinträchtigung generell nicht oder nicht mehr oder auch nur vorübergehend nicht in der Lage ist, ihre Lebenssituation angemessen zu verstehen, die Folgen ihrer Entscheidung bzw. ihres Handelns abzuschätzen oder danach zu entscheiden und zu handeln.

Bei erwachsenen Personen sollte grundsätzlich davon ausgegangen werden, dass sie zu freiverantwortlichem Handeln in der Lage sind. Von dieser regelhaften Annahme darf nur abgewichen werden, wenn im Einzelfall konkret festgestellt wurde, dass einer erwachsenen Person die Fähigkeit zu freiverantwortlichem Handeln aktuell fehlt.

(1.2) Personen, die nicht freiverantwortlich handeln können, sind nicht schon deshalb willenlos. Auch sie bringen ihre Wünsche und ihr Streben zum Ausdruck: Sie wollen sich fortbewegen, akzeptieren eine medizinische Maßnahme oder lehnen diese ab usw. Um deutlich zu machen, dass es hierbei nicht um ein im emphatischen Sinne *freiverantwortliches* Handeln geht, sprechen Juristen vom „natürlichen Willen“. Keine Bekundung des „natürlichen Willens“ liegt vor, wenn sich eine Person reflexhaft oder unwillkürlich bewegt.

(1.3) Allerdings ist jedes Handeln inneren und äußeren Beschränkungen ausgesetzt und findet innerhalb von sozialen Beziehungen statt, die von hierarchischen Machtverhältnissen geprägt sein können. Die Grenze zwischen freiverantwortlichem und nicht freiverantwortlichem Handeln muss im Zweifelsfall mit Blick auf eine konkrete Person in einer konkreten Situation durch Dritte bestimmt werden. Solche Grenzziehungen sind in der Praxis unverzichtbar, auch wenn sie für Willkür und Machtmissbrauch anfällig sind. Damit die Entscheidung ethisch angemessen ist, müssen ihre Kriterien offengelegt und gerechtfertigt werden.

[26] Im Englischen werden diese beiden Bedeutungen klarer, nämlich durch zwei verschiedene Bezeichnungen, auseinandergehalten: *will* für den generellen Willen, *volition* für den einzelnen intentionalen Akt.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

(2) Zwang richtet sich auf die Überwindung des Willens der betroffenen Person. Dabei kann wie folgt differenziert werden:

(2.1) Zwang liegt zunächst in jenen Fällen vor, in denen eine Person durch Gewalt direkt und unmittelbar auf den Körper einer anderen Person einwirkt, um deren Entscheidungs- oder Verhaltensmöglichkeiten aufzuheben bzw. zu beschränken. Zwang in diesem eng gefassten ursprünglichen Verständnis übt etwa eine Pflegekraft aus, die einen sich selbst gefährdenden, um sich schlagenden Menschen mit Demenz in einen Klammergriff nimmt oder mit einem Gurt im Bett fixiert.

Zwang umfasst indes deutlich mehr als die zuvor benannte Form unmittelbar auf den Körper einwirkender Handlungen zur Überwindung des Willens einer Person. Erweiterungen sind vor allem in zweierlei Hinsicht möglich:

(2.2) Auch lediglich mittelbare Einwirkungen können sich als Zwang im Sinne der Arbeitsdefinition erweisen – so etwa, wenn Stationstüren abgeschlossen werden oder jemandem eine für ihn unentbehrliche Gehhilfe vorenthalten wird, um seine Bewegungsmöglichkeiten einzuschränken.

(2.3) Eingewirkt werden kann ferner nicht nur auf den Körper einer Person, sondern auch auf deren psychische Verfassung. Dies lässt weitere Differenzierungen zu:

(2.3.1) Zum einen die direkte Einwirkung auf die psychische Verfassung einer Person durch Drohen mit negativen Konsequenzen, die auf die Überwindung oder Ausschaltung ihres entgegenstehenden Willens abzielt.

(2.3.2) Zum anderen kann der Wille auch indirekt überwunden werden, indem der betroffenen Person relevante Informationen vorenthalten oder falsche Tatsachen vorgespiegelt werden und sie so zu einer bestimmten Entscheidung bzw. zu einem bestimmten Verhalten bewegt wird. Zu dieser Fallkonstellation zählt auch die Verabreichung von Medikamenten, die in Speisen und Getränken versteckt werden, weil ihre Einnahme andernfalls von der betroffenen Person verweigert würde.

(2.4) Gesprochen wird auch von strukturellen Zwängen, beispielsweise dann, wenn bestimmte Abläufe in einer Institution die betroffene Person in feste Tagesrhythmen einbinden und damit die selbstbestimmte Alltagsgestaltung erschweren oder sogar unmöglich machen. Solche Zwänge sind aber nicht wohltätig im Sinne dieser Stellungnahme; sie gründen vielmehr in institutionellen und organisatorischen Notwendigkeiten. Auch wenn sie hier unberücksichtigt bleiben, ist zu betonen, dass auch strukturelle Zwänge einer kritischen Reflexion würdig sind.

(2.5) *Zwang* (im Sinne der Arbeitsdefinition) und Gewalt (in einem objektivierten physischen Sinne) sind nicht deckungsgleich. Nur einige der vorstehend erläuterten Zwangseinwirkungen lassen sich als physische Gewalt qualifizieren. Gewalt bezeichnet grundsätzlich nicht nur die Macht, etwas autoritativ gegen andere durchsetzen zu können. Alltagssprachlich bezeichnet Gewalt vor allem eine mehr oder minder schwer wiegende Verletzung der leiblichen und/oder seelischen Integrität eines anderen. Neben physischer Gewalt äußert sie sich auch mit psychisch wirksamen Mitteln (Drohgebärden o. Ä.). Sie kann sich sodann unmittelbar manifestieren. Sie kann aber auch latent bestehen – beispielsweise wenn ein Patient aufgrund eigener Erfahrungen damit rechnen muss, dass sein eigener Wille aufgrund des Machtpotenzials des medizinischen oder pflegerischen Personals gewaltsam übergangen wird oder zumindest übergangen werden kann.

3.2 Merkmale *wohltätigen* Zwangs

Zwang gegen andere kann unterschiedliche Zwecke verfolgen. Sie reichen von der Durchsetzung egoistischer Erfolgskalküle bis zur altruistischen Wohltat im Interesse derjenigen, auf die mittels Zwangs eingewirkt wird. Allein die letztgenannte Fallkonstellation ist Gegenstand der vorliegenden Stellungnahme. Nicht behandelt werden also solche Formen von Zwang, mit denen die Gefährdung Dritter abgewendet werden soll („Abwehr von Fremdgefährdung“). Zu dieser Form von Fremdgefährdung gehören auch solche, die sich zwar nicht direkt auf einzelne Dritte beziehen, aber das Gemeinschaftsleben in einer Einrichtung (etwa Wohnheime der Kinder-, Jugend-, Alten- oder Behindertenhilfe), in der Familie, der Nachbarschaft oder der Gesellschaft insgesamt stören und somit mittelbar die Interessen Dritter beschädigen. Davon abzugrenzen sind solche Formen wohltätigen Zwangs, die diejenige Person, auf die Zwang ausgeübt wird, vor den schädlichen Folgen des eigenen Tuns zu bewahren suchen (Abwehr von Selbstgefährdung oder Gefährdung eigener Interessen). Zwar spielen in der medizinischen, pflegerischen, geriatrischen oder auch erzieherischen Praxis beide Zwecksetzungen (Abwehr von Fremd- und Selbstgefährdung) oftmals zusammen; dennoch ist es aus systematischen Gründen und für die normative Bewertung sehr wichtig, die Frage der rechtlichen wie ethischen Legitimität eines zum Schutz des Gezwungenen ausgeübten wohltätigen Zwangs gesondert zu thematisieren.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Schwierig zu bestimmen ist freilich der konkrete Inhalt jenes Wohls, das durch Zwangsmaßnahmen geschützt und gefördert werden darf und soll. Dazu orientierte man sich traditionell an einem Verständnis von Wohl (des Patienten, der betroffenen oder der zu pflegenden Person), das durch objektive Merkmale bestimmt wurde: Gewährleistung basaler Grundbedürfnisse, Bewahrung und Förderung von Grundfähigkeiten – insbesondere solcher, die die Voraussetzung für eine reflektierte freiverantwortliche Selbstbestimmung des Individuums bilden – oder fundamentaler (Menschen-)Rechte sowie Abwehr von Schädigungen unterschiedlicher Art und Schwere.

Allerdings stellen sich auch unter den Bedingungen einer solchen objektiven Bestimmung des Wohl-Begriffes verschiedene Probleme: So sind etwa der potenzielle Schaden bzw. die erhoffte Zustandsverbesserung des Patienten sowie deren Eintrittswahrscheinlichkeiten oft schwer abzuschätzen. Sodann bewirken viele komplexe medizinische Eingriffe gleichzeitig mehrere verschiedene Veränderungen, die unterschiedlich bewertet werden und daher sorgfältig gegeneinander abgewogen werden müssen: Grundsätzlich ist etwa danach zu fragen, ob physische Schäden schwerer als mentale bzw. psychische oder soziale Negativkonsequenzen wiegen. Im Einzelfall stellen sich Fragen wie die folgenden: Sind potenzielle Schäden nur vorübergehend und damit reversibel oder doch irreversibel? Welches Risiko ist der Akteur einer wohltuend oder schadensvermeidend gemeinten Handlung einzugehen und – noch wichtiger – der betroffene Adressat selbst *zu tragen* bereit?

Auf viele dieser Fragen gibt es nach Auffassung mancher Autoren insofern nur eine subjektive Antwort, als der Begriff des „Wohles“ immer auch davon abhänge, wie ein Individuum die eigene Lebensqualität sowie das jeweils erreichte oder erhoffte Maß an Gesundheit und Wohlbefinden persönlich bewerte. Die Skepsis gegenüber objektiven Vorgaben nährt sich mitunter aus dem Verdacht, hinter den vermeintlich neutralen und objektiven Standards könnten sich in Wahrheit partikulare Interessen Dritter und damit ein verdeckter (oder: unterschwelliger) Paternalismus verbergen, den zu überwinden sich gerade eine freiheitliche Medizinethik mit ihrer Orientierung am Prinzip der Selbstbestimmung und der Patientenautonomie zur Aufgabe gemacht hat. Ohne Zweifel können auch objektive Vorgaben immer nur bestimmte historischem Wandel unterliegende Erkenntnisstände spiegeln, in die neben empirischen Befunden stets auch zeitgebundene kulturelle Einflüsse eingehen. Gleichwohl darf man keinesfalls die subjektiven Wünsche und Präferenzen des einzelnen Individuums allein als verlässlichen Indikator ihres Wohls verabsolutieren. Obwohl die subjektive Bewertung des eigenen Wohls durch die betroffene Person stets vorrangig zu berücksichtigen ist, können ihre Vorstellungen zum eigenen Wohl und der Wirkung, die eine infrage stehende Maßnahme auf dieses haben mag, zum Beispiel krankheitsbedingt so offensichtlich unrealistische Überzeugungen und abwegige Bewertungen enthalten, dass zumindest der Versuch unternommen werden muss, die Person mit diesen Diskrepanzen zu verbreiteten Konzepten des Wohls zu konfrontieren.

Um zu verhindern, dass sich Menschen in ihrer eigenen Lebensführung an ungerechte oder menschenrechtswidrige Lebensbedingungen, die im Gegensatz zu ihrem tatsächlichen Wohl stehen, in einer Weise anpassen, die dieses Verhalten als selbstbestimmt erscheinen lässt, bedarf es einer permanenten kritischen Reflexion jener sozialen, ökonomischen und kulturellen Handlungsumstände, die de facto Einfluss auf die jeweilige menschliche Willensbildung ausüben.

Die mit den unterschiedlichen Verständnisweisen des Wohl-Begriffs angesprochene philosophische Kontroverse um subjektive oder objektive Deutungen des guten und gelingenden Lebens kann hier weder umfassend gewürdigt noch abschließend entschieden werden.[27] Für die Zwecke dieser Stellungnahme dürfte es ausreichen, auf folgende Gesichtspunkte zu verweisen:

Erstens vermag keine Bestimmung des Wohl-Begriffs zu überzeugen, in der nicht auch das subjektive Selbsterleben des Betroffenen (insbesondere im Falle einer möglichen Übermächtigung seiner aktuellen Willensbekundung) maßgeblich berücksichtigt wird. Daher sollte das Wohl nicht abstrakt oder gar von den Interessen Dritter aus, sondern immer vom Betroffenen her bestimmt werden.

Zweitens ist davon auszugehen, dass es sich beim Begriff des Wohles um eine vielschichtige und komplexe Kategorie handelt, in die neben den aktuellen subjektiven Wünschen und Präferenzen des betroffenen Individuums auch dessen persönliche Biografie (einschließlich früherer Vorlieben, Werte und Zielvorstellungen) sowie gesellschaftlich und kulturell verankerte Leitbilder des guten Lebens sowie basale Normen (etwa der Menschenwürde) eingehen.

Drittens gibt es eine hinreichende empirische Evidenz dafür, dass auch die aktuelle subjektive Bewertung des Betroffenen hinsichtlich seines Wohls nicht statisch ist, sondern – je nach Umständen – einem Wandel bzw. Entwicklungsprozess unterliegt. Eine sachgerechte und situationsadäquate Aufklärung kann den Reflexionsgrad

[27] Vgl. z. B. Griffin 1986.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

der Willensbestimmung positiv beeinflussen. Je reflektierter diese Willensbestimmung im Konfliktfall ausfällt, desto höher sind die argumentativen Hürden, die bei der Rechtfertigung von Zwangsmaßnahmen, die sich auf das Wohl des Betroffenen berufen, überwunden werden müssen (siehe Abschnitt 4.3).

Vor diesem Hintergrund lässt sich die Frage, wann eine Zwangsmaßnahme zum Wohl des Betroffenen legitim ist, nicht anhand eines abstrakt und generell bestimmten Wohl-Begriffs beantworten. Es geht vielmehr darum zu bestimmen, wo die Grenze zwischen einer anzuerkennenden Entscheidung des Betroffenen und einem zulässigen Eingriff zu seinem Wohl zu ziehen ist.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

4 Normativer Orientierungsrahmen

4.1 Zentrale normative Begriffe

4.1.1 Würde – Autonomie – Selbstbestimmung

Dass professionelles Sorgehandeln das Wohl der gezwungenen Person zum Ziel hat, rechtfertigt nicht aus sich heraus das je dazu angewandte Zwangsmittel. Für die ethische und rechtliche Legitimation wohltätigen Zwangs ist ein normativer Orientierungsrahmen erforderlich.

Oberster Grundsatz ist hier die Unantastbarkeit menschlicher Würde. In der Tradition Immanuel Kants, die sich insbesondere in das moderne Menschenrechtsverständnis eingetragen hat und auch den ersten Artikel des deutschen Grundgesetzes prägt, steht die Würde eines Menschen für das Um-seiner-selbst-willen-Dasein jedes Einzelnen. Dieser Anspruch der „Selbstzwecklichkeit“ kommt nach heutigem Verständnis allen Menschen schon kraft ihres Menschseins zu („inhärente Würde“). Selbstzwecklichkeit hat dabei grundsätzlich zwei Seiten: Zum einen führt sie zum kategorischen Anspruch, *von anderen* als Selbstzweck behandelt zu werden, also niemals als bloßes Instrument zur Realisierung fremder Interessen benutzt zu werden. Zum anderen führt sie konsequenterweise zum kategorischen Anspruch, sich in seinem Handeln und generell in seiner Lebensführung selbst bestimmen zu können.

Für die Fähigkeit zur Selbstbestimmung hat sich der Begriff Autonomie etabliert, der sich vom transzendentalphilosophischen Begriff moralischer Autonomie unterscheidet. Darunter wird zumeist die Fähigkeit verstanden, sein Leben nach eigenen Maßstäben zu bestimmen. Konzepte sogenannter „minimaler“ Autonomie, wie sie etwa von Harry Frankfurt für den Kontext der allgemeinen Lebensführung sowie des gesellschaftlich-politischen Handelns entwickelt wurden, zielen darauf ab, Selbstbestimmung nicht mit hohen Ansprüchen an Vernünftigkeit, Schlüssigkeit und Planung zu überfrachten und so möglichst viele Menschen in den Kreis der autonomen Personen aufzunehmen. So reicht es etwa Frankfurt zufolge aus, dass wir uns mit den Zielen einer Handlung identifizieren, weil sie für uns etwas Wichtiges repräsentieren. Dieses Kriterium erlaube es, autonome Handlungen von achtlosen, spontanen Handlungsimpulsen abzugrenzen.[28] Tom Beauchamp und James Childress beziehen sich bei ihrer ebenfalls möglichst voraussetzungsarm gehaltenen Bestimmung von Autonomie auf den sogenannten *normal chooser*: An autonome Entscheidungen von Patienten über medizinische Maßnahmen dürften keine höheren Maßstäbe angelegt werden als an andere Entscheidungen, die Erwachsene üblicherweise treffen, wie etwa die Wahl eines Studiums oder der Kauf eines Hauses.[29] Anspruchsvollere Autonomiekonzepte, etwa das von Michael Quante vertretene Konzept personaler Autonomie, fordern dagegen, dass eine Person ihr Handeln und ihre Lebensführung in Übereinstimmung mit jenen normativen Grundoptionen orientieren kann, die sie sich selbst aus Überzeugung in die Sinnhaftigkeit ihres Lebensentwurfs zu eigen gemacht hat.[30] Nochmals gehaltvoller wird das Verständnis von Autonomie in einer *Diskursethik* gefasst, die in der Tradition Immanuel Kants die moralische Legitimität selbstbestimmter Handlungen von der Verallgemeinerbarkeit jener Handlungsmaximen abhängig macht, die den gewählten Entscheidungen zugrunde liegen und denen alle Personen vernünftigerweise zustimmen könnten, die von den Handlungsmaximen bzw. den jeweiligen Entscheidungen und Handlungen unmittelbar oder mittelbar betroffenen sind.[31]

Autoren von Konzepten relationaler Autonomie unterstreichen, dass bedeutungsvolle zwischenmenschliche Beziehungen konstitutiv für die Fähigkeit des Menschen sind, Selbstwertgefühl, Selbstvertrauen und ganz allgemein sinnstiftende Wünsche und Ziele zu entwickeln. Sie betonen etwa, dass Autonomie nur sinnvoll innerhalb von Anerkennungsbeziehungen ausgeübt werden kann.[32] Angesichts der Vielzahl konkurrierender Auffassungen der Autonomie halten sie diese für eine fließende Größe, die in den unterschiedlichen Sphären des Lebens mitunter sehr unterschiedlich verstanden werden kann.[33] Damit gewinnt das Moment zwischenmenschlicher Beziehung eminent normative Bedeutung: Ihr Gelingen wird selbst zum Zielpunkt fürsorglicher Handlungen (siehe Abschnitt 4.1.3). Folgt man dem, besteht zwischen Autonomie und Fürsorge durch andere kein prinzipieller Gegensatz. Im Gegenteil, Fürsorge würde dann im Dienst des Gelingens von Autonomie in einem umfassenden Sinne stehen. Fürsorge erscheint dann oftmals im Modus der Assistenz: Es geht, dieser Sichtweise folgend, immer dann um die Unterstützung bei der Ausübung persönlicher Autonomie („assistierte Autonomie“[34]), wenn die mitunter anspruchsvollen Voraussetzungen autonomer Entscheidungen noch nicht, derzeit nicht, nicht

[28] Vgl. Frankfurt 2001, 65 f.; auch Dworkin 1988, 20 f.
[29] Vgl. Beauchamp/Childress 2009, 101 f.
[30] Vgl. Quante 2011.
[31] Vgl. Habermas 1983.
[32] Vgl. etwa Anderson/Honneth 2005; Mackenzie/Stoljar 2000.
[33] Für einen Überblick zu den verschiedenen Autonomietheorien vgl. Rössler 2011.
[34] Vgl. Graumann 2011, 198 ff.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

mehr oder über die ganze Lebensspanne hinweg in keinem eigentlich erforderlichen Maß vorliegen. Hierzu zählen jene Fallkonstellationen mit Kindern und Jugendlichen oder auch Personen, die in ihrer Fähigkeit zur selbstbestimmten Entscheidung eingeschränkt und bei der Ausübung ihres Selbstbestimmungsrechtes auf Unterstützung angewiesen sind – in welcher Form auch immer. Diese und ähnliche durch außergewöhnlichen Unterstützungsbedarf gekennzeichnete Situationen sollten allerdings nicht aus dem Blick geraten lassen, dass autonome Entscheidungen auch in gewöhnlichen Situationen oftmals einer (fürsorglichen) Assistenz bedürfen können. Einschlägig für solche Fallkonstellationen sind die Situationen des sogenannten *shared decision making* bei der ärztlichen Behandlung, in denen die behandelnde Ärztin und der Patient gemeinsam zu einer Entscheidung über eine Intervention kommen. Freilich muss bei jedem *shared decision making* der erhebliche Unterschied zwischen gemeinsamem Finden einer Entscheidung und ihrer Feststellung im Sinne ihrer endgültigen Verbindlichkeit beachtet werden. Letztere ist und bleibt immer der persönlichen Entscheidung des betroffenen Patienten vorbehalten.

Mit dem Konzept der relationalen Autonomie ist die erste Seite des Menschenwürdegrundsatzes berührt: Menschen müssen in den zwischenmenschlichen Interaktionen vom anderen her gleichsam leibhaftig erfahren können, dass sie als Zweck an sich selbst adressiert und anerkannt sind. Diese *relationale* Dimension menschlicher Würde zielt auf die Integrität zwischenmenschlicher Beziehungen ab, für die Anerkennung wesentlich ist.[35] Sie gilt allerdings immer auch wechselseitig. Der Vollzug autonomer und freiverantwortlicher Entscheidungen einer Person ist immer eingebunden in das vorfindliche Netz sozialer Beziehungen und hat folglich unausweichliche Auswirkungen auf andere, deren Ansprüche auf Selbstzwecklichkeit ebenso zu beachten und zu respektieren sind. Wer sich selbst schädigt, schädigt oft auch andere. Niemand lebt für sich allein. So führt die freiverantwortliche Entscheidung eines Patienten, der einen ärztlich indizierten Eingriff ablehnt, nicht selten zu erheblichen Belastungen der Angehörigen. Zwar sind solche Entscheidungen zu respektieren; keinesfalls aber dürfen sie vergessen lassen, dass jede freiverantwortliche Entscheidung einer Person moralisch verantwortet werden muss – vor sich selbst, in letzter Konsequenz aber auch vor jenen, die unweigerlich mitbetroffen sind. Auch das gehört zu einem gehaltvollen Verständnis von Autonomie: Sie darf nicht mit normativer oder sozialer Bindungslosigkeit verwechselt werden. Autonomie ist vielmehr die selbstbestimmte und selbstverantwortete Lebensgestaltung eines Menschen inmitten jener Lebensbeziehungen, innerhalb deren er überhaupt erst er selbst werden kann. Dazu zählen auch jene Verbindlichkeiten und Verantwortlichkeiten, die sich aus diesen Lebensbeziehungen ergeben und in jede autonome Entscheidung als relevante moralische Güter mit einzubeziehen sind.

Diese Ausführungen zeigen, dass in der ethischen Debatte sehr unterschiedliche Konzeptualisierungen mit dem Begriff der „Autonomie“ verbunden werden. Sie reichen von transzendentalphilosophischen Konzepten in der Tradition Immanuel Kants, der die vernunftgemäße Selbstgesetzlichkeit des Menschen als apriorische Bedingung der Möglichkeit menschlicher Moralität überhaupt begreift und sie deshalb gegenüber realen Vollzügen selbstbestimmter Lebensführung strikt abgrenzt, bis zu Autonomie-Konzepten, die Autonomie als reale Fähigkeit des Menschen zur Selbstbestimmung verstehen und Autonomie und Selbstbestimmung als Synonyme nutzen. Um Missverständnisse zu vermeiden, nutzt der Deutsche Ethikrat in der vorliegenden Stellungnahme den Begriff der Selbstbestimmung – auch um die Bandbreite möglicher Graduierungen zwischen elementarer Willensbekundung etwa eines kleinen Kindes und der freiverantwortlichen Selbstbestimmung eines Erwachsenen mit einem Oberbegriff kenntlich zu machen.[36]

Jedoch setzt Selbstbestimmung grundlegende Bedingungen und Kompetenzen voraus, die sie überhaupt erst ermöglichen. Genau diese physischen oder psychischen Bedingungen einer selbstgestalteten Lebensführung können aber durch situative Entscheidungen, Handlungsoptionen oder Willensäußerungen der betreffenden Person in ihrem Kerngehalt gefährdet sein. Darin besteht oftmals das Risiko oder sogar die Realität schwerwiegender Selbstgefährdung. In dieser paradoxen Situation soll die Anwendung wohltätigen Zwangs das entstehende Dilemma dadurch entschärfen, dass sie als letztes Mittel zum Schutz und zur (Wieder-)Herstellung der physischen und psychischen Basisbedingungen einer selbstgestalteten Lebensführung dient. Die zentrale ethische Frage ist in diesem Fall, unter welchen Voraussetzungen dieses Ziel des wohltätigen Zwangs gerechtfertigt werden kann – bis hin zur Frage, ob eine Person selbst dann vor sich selbst geschützt werden darf oder sogar muss, wenn das Risiko existenzbedrohlicher Selbstgefährdung durch eine freiverantwortliche Entscheidung ausdrücklich und bewusst in Kauf genommen wird.

Wie bereits mehrfach betont wurde, ist die Grenzziehung zwischen freiverantwortlichen Entscheidungen einerseits und solchen willentlichen Entscheidungen andererseits, die das Anforderungsprofil freiverantwortlicher

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

[35] Braun 2017, 63-258.
[36] Vgl. Deutscher Ethikrat 2012, 46 ff.; Deutscher Ethikrat 2017, 178 ff.

Entscheidungen nicht erreichen, von entscheidender ethischer (wie rechtlicher) Relevanz. Denn sie markiert die Trennlinie zwischen weichpaternalistischen und hartpaternalistischen Eingriffen in die Entscheidungsfreiheit des Adressaten. Die beachtliche Breite von Autonomie- bzw. Selbstbestimmungskonzepten weist darauf hin, dass Selbstbestimmung ein in emphatischem Sinne *vager* Begriff ist.[37] Er umfasst Sachverhalte, die aus sich heraus nur unscharf gegenüber anderen Sachverhalten abgegrenzt werden können und deren Grenzziehung deshalb auf der Basis guter Gründe normativ-ethisch festgelegt werden muss.

In diesem Sinne legt der Deutsche Ethikrat in dieser Stellungnahme ein Verständnis von freiverantwortlichen Handlungen zugrunde, das folgende Elemente enthält:

- *Wissen* um die Folgen und Nebenfolgen der beabsichtigen Handlung/Unterlassung,
- *Wollen* oder *Inkaufnehmen* dieser Folgen und Nebenfolgen auf dem Hintergrund der eigenen fundamentalen Lebensoptionen,
- *Wählenkönnen* zwischen realen Alternativen von Handlungsoptionen.

Aber auch Handlungen, die nicht den Kriterien freiverantwortlicher Selbstbestimmung genügen, können – zumindest in einem einfachen Sinne – wesentliche Aspekte des Selbst ausdrücken. Zu einfachen Akten der Selbstbestimmung sind grundsätzlich bereits Kinder und Jugendliche, aber auch solche Erwachsene fähig, die noch nicht oder vorübergehend bzw. dauerhaft nicht mehr zu freiverantwortlichen Entscheidungen in der Lage sind. Auch diese Form der Selbstbestimmung hat als Ausdruck der Würde und des Selbstzweckseins *jedes* Menschen Anspruch auf Beachtung und Respekt. Werden Beachtung und Respekt versagt, schädigt das, wie das Phänomen sekundärer Vulnerabilität zeigt (siehe Abschnitt 4.1.5), schnell die Selbstachtung und das Selbstwertgefühl der übergangenen Person. Selbst wenn Sorgehandlungen wohltätigen Zwangs gerechtfertigte Zwecke verfolgen, müssen sie immer die Gefahr und das Risiko zu minimieren suchen, Schädigungen dieser Art als unbeabsichtigte Nebenfolge herbeizuführen.

4.1.2 Sorge

„Sorge“ ist ein Beziehungsbegriff. Sorge verbindet das „Bekümmertsein“ („Besorgtsein“) einer Person über etwas oder jemanden, das oder der in welcher Form auch immer in Bedrängnis oder Gefahr gerät, intuitiv mit der persönlichen Aufforderung an den Bekümmerten („Besorgten“), Verantwortung zu übernehmen für das Abwenden und Überwinden des Bedrängnisses oder der drohenden Gefahr – eben Sorge zu tragen für den Schutz und die Förderung einer gedeihlichen (*flourishing*) Lebensgestaltung der mit der Sorge adressierten Person. Eltern übernehmen mit ihrer Betreuung und Erziehung Verantwortung für ihre Kinder, deren Erwachsenwerden sich nicht naturwüchsig einstellt. Vorsorgebevollmächtigte, ehrenamtliche oder berufsmäßige Betreuer übernehmen Verantwortung für Personen, wenn diese (vorübergehend) nicht (mehr) in der Lage sind, ihren Willen zur eigenverantwortlichen Lebensgestaltung allein zur Geltung zu bringen, also wirkmächtig für sich selbst sorgen zu können. Auch Pflegende tragen mit ihren pflegerischen Interventionen Sorge für eine Lebenssituation, in der die Würde der Gepflegten besonderer Zuwendung bedarf.

Diese und viele ähnlich strukturierte Sorgebeziehungen – die heute oftmals auch als mitmenschliche Verantwortung bezeichnet werden – sind Ausdruck der *Fürsorge* für das Wohl jener, die der sorgenden Person oder der versorgenden Institution anvertraut sind. Allerdings ist der Begriff der „Fürsorge“ mehrdeutig: Schon Martin Heidegger hat auf den qualitativ erheblichen Unterschied zwischen der „einspringend-beherrschenden“ und der „vorspringend-befreienden“ Fürsorge aufmerksam gemacht. Der erste Typus der Fürsorge, die für den anderen einspringt, drängt ihn gleichsam aus der Bahn seiner Lebensführung und macht ihn zum „Abhängigen und Beherrschten“ – selbst wenn „diese Herrschaft auch eine stillschweigende sein und dem Beherrschten verborgen bleiben“ mag. Der zweite Typus von Fürsorge ist hingegen bestrebt, ihren Adressaten durch geeignete Unterstützungsmaßnahmen zur antizipierten Selbstsorge (wieder) zu befähigen und ihm damit zu ermöglichen, die Selbstgestaltungsmacht über das eigene Leben (zurück) zu gewinnen.[38] Auch diese Sorge ist nie gänzlich frei von Vorgaben, die dem Sorgeadressaten zugemutet werden. Denn die Richtung und die Mittel des „Vorspringens“ – sprich: das angestrebte Ziel und die gewählten Methoden fürsorglicher Interventionen – spiegeln unvermeidbar die Antizipation und Auswahl des Fürsorgenden. Dessen Festlegungen fallen allerdings keineswegs automatisch mit den Zielvorstellungen des Fürsorgeadressaten zusammen. Dieses Risiko ist allen Sorgebeziehungen inhärent. Es auf ein Minimum zu reduzieren, ist umgekehrt das unbestrittene Erfordernis jeder Fürsorge, die die Lebensführungskompetenz des Fürsorgeadressaten effektiv respektiert, schützt und fördert.

[37] Zum philosophischen Verständnis von Vagheit bzw. vagen Begriffen vgl. Keil 2017.
[38] Heidegger 1967, 122.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Um solche „vorspringend-befreiende“ Fürsorge zu gewährleisten, haben sich in den meisten Handlungsfeldern des Gesundheits- und Sozialwesens formelle Sicherungsvorkehrungen und Verfahrensweisen etabliert. Sie gehen weit über die zwar wohlmeinenden, aber letztlich unverbindlichen Handlungsroutinen der Fürsorgenden hinaus. Ein Beispiel hierfür bietet die Logik betreuungsrechtlicher Fürsorgeentscheidungen: Ein Vorsorgebevollmächtigter oder ein rechtlicher Betreuer ist nicht nur gehalten, bei seiner Fürsorgehandlung so weit wie möglich den aktuellen bzw. den früher geäußerten Willensbekundungen Rechnung zu tragen. Er ist vorrangig verpflichtet, so weit wie möglich die eigene Entscheidungsfähigkeit des seiner Fürsorge anvertrauten Menschen zu unterstützen. Dass die Realität oftmals weit hinter diesen Standards zurückbleibt, schmälert nicht die Sinnhaftigkeit dieser normativen Vorgabe. Es offenbart lediglich das eklatante Umsetzungsdefizit, das in formellen wie informellen Fürsorgehandlungen nach wie vor zu beklagen ist.

4.1.3 Angewiesenheit und Abhängigkeit

Sorgebeziehungen gehören zum Kern menschlicher Existenz. Sie sind die notwendige Konsequenz aus der anthropologisch fundierten Einsicht: „Wir Menschen alle sind bedürftig und sind aufeinander angewiesen.“[39] Diese Einsicht steht keineswegs einem weiteren Signum des menschlichen Selbstverständnisses entgegen: dem Signum menschlicher Freiheit. Selbst unter idealen Bedingungen erschöpft sich Freiheit in den heutigen Gesellschaften nicht in der Zurückweisung äußerer Fremdbestimmung (*negative* Freiheit). Die Lebenspläne, zu denen eine Person sich in ihrer Freiheit selbstbestimmt entschließt, sind Optionen der Lebensgestaltung, die sich nur *inmitten* eines Netzes aus kooperativen und kommunikativen Beziehungen realisieren lassen, in denen Menschen zu anderen stehen. Diese *positive* Freiheit[40] eröffnet ein umso weiteres Spektrum an verfügbaren Entscheidungs- und Handlungsoptionen für den Einzelnen, je enger und verlässlicher dieses Netz kooperativer und kommunikativer Beziehungen geknüpft ist. Die Zunahme an Freiheitsoptionen gerade in modernen Gesellschaften ist untrennbar mit der Zunahme von Angewiesenheit und Abhängigkeit von anderen verbunden. Der freiheitsstiftende Alltag ist in einer hochkomplexen Gesellschaft für alle Menschen nur mit einem ausgeklügelten System von Arbeitsteilungen und Beistandsgarantien zu bewältigen – unabhängig von der Frage, ob sich jeder Einzelne dessen bewusst ist oder nicht.

Freilich sind das Ausmaß von Angewiesenheit und Abhängigkeit sowie die Fähigkeit, diese souverän für die eigenen Lebenspläne produktiv zu nutzen, in der Regel sehr ungleich verteilt. Ergebnisse der Forschung zur „sozialen Ungleichheit“ verdeutlichen, wie sehr ein hohes Maß an Angewiesenheit und Abhängigkeit – zumal wenn dieses mit der Überzeugung einhergeht, die persönliche Lebenssituation auch längerfristig nicht mehr verändern oder gestalten zu können – mit emotionalen Belastungen verknüpft ist.[41] Gerade in solchen Fällen werden mögliche medizinische und soziale Dienstleistungen nicht in Anspruch genommen.

Es gibt Lebenslagen, in denen sich Angewiesenheit und Abhängigkeit zwischen den Beteiligten extrem einseitig auswirken. Diese Asymmetrie betrifft regelmäßig die Sorgebeziehungen im Gesundheits- und Sozialwesen: Patienten, Pflegebedürftige, Kinder und Jugendliche usw. sind in einer Weise auf die Unterstützung anderer (Ärzte, Pflegende, Erzieher, rechtliche Betreuer usw.) angewiesen, die umgekehrt nicht besteht und die deshalb eine besondere, auch normativ/moralisch folgenreiche Qualität von Abhängigkeit erzeugt.

Eine basale Form dieser Angewiesenheit und Abhängigkeit ist die Beziehung zwischen einem Kind und seinen Eltern. Jedes Neugeborene bedarf der umfassenden Fürsorge seiner Eltern, um überleben zu können. In dieser elterlichen Fürsorgebeziehung kann es Schritt für Schritt das Vermögen entwickeln, für sich selbst und (später) auch für andere zu sorgen. Gelegentlich kehrt sich diese Asymmetrie der Angewiesenheiten und Abhängigkeiten zwischen Eltern und Kindern um – etwa dann, wenn das Kind als Erwachsener in Gestalt der Betreuung oder der Pflege für das Wohl der nunmehr „alten Eltern“ besondere Sorge trägt. In all diesen Lebensphasen können die Sorgebeziehungen zwischen Eltern und Kindern durch professionelle Dienste und Einrichtungen unterstützt oder gelegentlich sogar ersetzt werden. Gleichwohl sind und bleiben diese Sorgebeziehungen aufgrund ihrer hohen emotionalen wie sozialen Dichte und Bedeutsamkeit einzigartig; sie sind deshalb besonders rechtlich geschützt und sozial gefördert, was sich beispielsweise in der Vorrangstellung des Elternrechtes niederschlägt. Auch die Sorgebeziehungen zwischen Eltern und Kindern unterliegen bestimmten Normierungen. Das Elternrecht ist an das Kindeswohl zurückgebunden. Eltern haben sich an der Maxime zu orientieren, ihre Kinder als Personen zu respektieren und deren leibliche wie seelische und soziale Entwicklung zu einem eigenständigen und selbstverantwortlichen Menschen zu fördern. Das schließt die Berücksichtigung des Kindeswillens ein.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

---

39 Kamlah 1973, 95.
40 Vgl. auch Deutscher Ethikrat 2017, 186 ff.
41 BMAS 2013, 265 ff., 358 ff.

In professionellen Settings der Sorgebeziehungen müssen wegen des Fehlens dieser gewachsenen emotionalen Bindungen professionsmoralische Standards und rechtliche Regelungen diese Asymmetrie von Angewiesenheit und Abhängigkeit besonders Rechnung tragen – etwa in Form von Berufsordnungen, Ethikkodizes usw., die sich in den letzten Jahrzehnten in nahezu allen Bereichen des Gesundheits- und Sozialwesens etabliert haben.[42] Im Hintergrund vieler dieser Bestimmungen stehen Überlegungen einer Care-Ethik, die sich – angestoßen durch Bemühungen um eine geschlechterdifferenzsensible Ethik[43] – in allgemeiner Form etwa als Ethik der Achtsamkeit[44] oder in besonderer Anwendung auf die Handlungsfelder des Gesundheits- und Sozialwesens als *ethic of care*[45], *respectful nursing*[46] oder Sorgeethik[47] konzipieren. Im Mittelpunkt dieser Konzepte stehen die vier verschiedenen Aspekte und Phasen moralischer Verbindlichkeiten, die zwischen Sorgenden und Sorgeadressaten bestehen: das *caring about*, bei dem der Sorgende zuallererst seiner Besorgnis über die prekäre oder zumindest unterstützungsbedürftige Lebenslage des Sorgeadressaten gewahr wird; das *taking care of*, mit dem der Besorgte ausdrücklich die persönliche Verantwortung für die Abhilfe in der prekären Lebenslage des anderen übernimmt; das *care giving* als Phase der eigentlichen Fürsorge- bzw. Hilfehandlung; das *care receiving*, in dessen Verlauf der Adressat sich bezüglich der Angemessenheit (oder auch Unangemessenheit) der Sorgehandlung rückmeldet.[48]

4.1.4 Sorgebeziehungen und Macht

Die Logik des *care receiving* versucht, den Sorgeadressaten in die Entscheidung der Sorgehandlung einzubinden und damit deren moralische Legitimation abzusichern. Gleichwohl kann diese Logik nicht der grundsätzlichen Kritik entgehen, dass sie – zumindest unter den besonderen Bedingungen der prekären Lebenslage eines Sorgeadressaten – naiv hinsichtlich mancher Voraussetzung und blind für mögliche Deformationen von Sorgehandlungen ist: naiv, weil sie aufseiten des Sorgeempfängers/Sorgeadressaten eine Wahrnehmungsfähigkeit über seine Lage sowie eine Beurteilungskompetenz über die Art und Weise der Sorgehandlung voraussetzt, die bei vielen in der Regel gerade (noch) nicht (oder nicht mehr) vorausgesetzt werden kann; blind, weil sie die Augen verschließt vor den weitgefächerten Möglichkeiten, über Sorgehandlungen – oftmals unbemerkt – Macht auszuüben und damit den Interessen des Sorgeadressaten erheblich zu schaden.

Auf diesen Einwand haben Vertreter verschiedener Konzeptionen einer anwendungsbezogenen Care-Ethik mit der professionsmoralischen Forderung reagiert, die zu Teilen erhebliche Asymmetrie von Sorgebeziehungen im Gesundheits- und Sozialwesen einer Reflexion zu unterziehen, die die sozialen und politischen Imprägnierungen (Rahmenbedingungen, strukturelle Vorgaben) von Sorgesystemen ausdrücklich mit einbezieht.[49] Dies dürfte insbesondere mit Blick auf alle offenen oder versteckten Ambitionen zur Ausübung von Kontrolle und Macht gleichermaßen erforderlich wie ergiebig sein.

Machtausübung im Gewand vorgeblich altruistischer Sorgehandlungen kann auf unterschiedlichen Wegen mit unterschiedlichen Zielen erfolgen. Soziologisch besehen, besteht Macht – in der Tradition von Max Weber – im Vermögen einer Person, „innerhalb einer sozialen Beziehung den eigenen Willen auch gegen Widerstreben durchzusetzen“[50]. Entscheidend ist freilich, auf welchem Wege Macht ausgeübt werden kann – möglicherweise sogar vom Adressaten unbemerkt. Letzteres erfolgt beispielsweise auf dem Weg der Manipulation individueller Überzeugungen und Präferenzen: Die ursprünglichen Optionen des Adressaten können etwa durch tendenziöse oder gefilterte Informationen in solche Optionen transformiert werden, die den Interessen des Machtausübenden dienlich sind oder sogar vollständig mit dessen eigenen Interessen zusammenfallen.[51] Machtausübung über geschickte Manipulation von Präferenzen und Überzeugungen wird durch die starken Asymmetrien und durch das oftmals aufseiten der Sorgeadressaten vorherrschende Gefühl extremer Ohnmacht und Überforderung erheblich begünstigt. Die Fachdiskussion diagnostiziert hier die eklatante Gefahr einer professionellen Expertokratie, die in nicht akzeptabler Weise die Lebenswelt der Sorgeadressaten kolonialisiert: Die Vorstellungen der Experten

[42] Vgl. etwa den zuletzt 2012 überarbeiteten Ethikkodex für Pflegende des International Council of Nurses (ICN 2012) und die berufsethischen Prinzipien des Deutschen Berufsverbandes für Soziale Arbeit aus dem Jahr 1997 (DBSH 2009).
[43] Vgl. etwa Gilligan 1982.
[44] Vgl. Conradi 2001.
[45] Vgl. etwa Tronto 1993.
[46] Vgl. etwa Gallagher 2007.
[47] Vgl. etwa Lob-Hüdepohl 2013a.
[48] Vgl. Tronto 1993, 106 ff. Die englischen Begriffe finden hier Verwendung, weil es keine überzeugenden und allgemein anerkannten deutschen Pendants gibt.
[49] Vgl. Banks/Gallagher 2009, 105 f.
[50] Weber 1972, 28.
[51] Vgl. Lukes 2005, 25-37.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

verdrängen mit der Autorität ihrer Rolle das Wissen und die Überzeugungen, an denen der Adressat seine Lebensführung bislang orientiert.[52] Noch stärkere Ausmaße gewinnt die Macht durch Manipulation, wenn sie auf die subtile Formung, Veränderung und damit Beherrschung der Charaktere der Adressaten abzielt.[53]

Macht in Gestalt pädagogischer Sorgehandlungen bzw. Interventionen kann freilich auch noch andere Intentionen verfolgen. Subtil manipulierende Macht ist negativ konnotiert, weil in ihr lediglich die egoistischen Machtkalküle des Sorgegebers vermutet werden, die zulasten des Sorgeempfängers gehen. Dagegen können machtförmige pädagogische Interventionen auch das Ziel verfolgen, im Adressaten selbst Machtpotenziale zu stiften und zu stärken – Machtpotenziale hier im Sinne von Begrenzungs- und Gestaltungsmacht[54], mit deren Hilfe der Sorgeadressat sein Vermögen zur Selbstbehauptung und Selbstgestaltung aufbaut, stabilisiert oder wiederherstellt. In diese Richtung zielen beispielsweise alle sozialprofessionellen Strategien, die unter dem Begriff des Empowerments firmieren. Auch Formen der aktivierenden Pflege verfolgen dieses Grundziel; ähnlich all jene therapeutischen Maßnahmen, die das Ziel seelischer Gesundheit als Wiederherstellung einer zugleich geachteten wie souveränen Lebensgestaltung in Gemeinschaft ausweisen.[55] Diese Aspekte von Macht sind für die Analyse wie Bewertung des wohltätigen Zwangs ebenfalls sehr bedeutsam.

4.1.5 Vulnerabilität

Professionelle Sorgebeziehungen im Gesundheits- und Sozialwesen adressieren Sorgehandlungen an Personen bzw. Personengruppen, deren Vulnerabilität (Verletzlichkeit) das übliche Maß deutlich übersteigt. Gerade bei Sorgehandlungen des wohltätigen Zwangs ist die Vulnerabilität in der Regel außergewöhnlich hoch; viele Sorgeempfänger (psychisch erkrankte Menschen, Menschen mit Beeinträchtigungen oder Demenz usw.) sind bereits in ihrer gewöhnlichen Lebensführung erheblich eingeschränkt und in dieser Weise weniger als andere in der Lage, für ihre Interessen zu sorgen. Zudem zeigt sich ihre besondere Vulnerabilität noch in einem weiteren Faktum: Zwar können vielfältige Hilfsangebote die objektive Lebenslage dieser Personen verbessern, weil sie ihnen materielle oder auch immaterielle Ressourcen (finanzielle, medizinische und pflegerische Versorgung ebenso wie der Aufbau sozialer Netzwerke und sonstige sozialraumnahe Angebote) zur Verfügung stellen oder neu erschließen. Die Verbesserung dieser und weiterer objektiver Faktoren ihrer Lebenslage führt allerdings nicht automatisch zu größerer Lebensführungskompetenz. Hinzutreten müssen auch günstige *subjektive* Faktoren: Die betroffenen Personen müssen um entsprechende Ressourcen wissen und aus ihrer persönlichen Lebenssituation heraus deren hilfreiche Potenziale *für sich erkennen* können (kognitiver Faktor). Sie müssen sodann selbst ein Interesse daran haben, ihre Lebenssituation und Lebenslage zu verbessern (motivationaler Faktor). Und sie müssen über die notwendige Willensstärke und Lebenszuversicht verfügen, ihre gegebenenfalls grundsätzlich vorhandene Motivation auch nachhaltig, also dauerhaft, in ein entsprechendes Eigenengagement zu transformieren (volitiver Faktor).[56]

Die Einschränkungen, die sich aus der primären Vulnerabilität (Erkrankungen usw.) ergeben, ziehen oftmals weitere Einschränkungen der persönlichen Lebenslage gerade hinsichtlich der *subjektiven* Faktoren nach sich. Erkennbar wird eine Form *sekundärer* Vulnerabilität, die neben dem kognitiven und motivationalen besonders auch den volitiven Faktor betrifft. Dieses Phänomen wird bei allen Sorgehandlungen des wohltätigen Zwangs offenkundig: Denn Zwang ist nicht nur faktisch eine Einschränkung der Entscheidungs- und Handlungsfreiheit des Adressaten, sondern wird von den Betroffenen oftmals auch sehr schmerzhaft als solche erfahren (siehe Abschnitt 4.1.6). Dabei kann die subjektive Erfahrung von der objektiv erfolgten Einschränkung in verschiedene Richtungen abweichen. Die wiederholte Erfahrung von Zwang kann sich, so „wohltätig“ sie konzipiert sein mag, aufseiten des Adressaten zu Missachtungserfahrungen verdichten, die entweder in offene Rebellion oder in soziale Scham[57] sowie in den Verlust von Selbstvertrauen und Selbstachtung umschlagen. Mit Selbstvertrauen und Selbstachtung steht aber die Erfahrung der eigenen Würde als Mensch auf dem Spiel.[58] Sie ist

---

52 Jeder Professionelle steht nämlich in der Gefahr, sich als fachlich geschulter Experte gegenüber seinem Klienten eine Macht anzueignen, „die den Adressaten professioneller Interventionen seiner eigenen Handlungs- und Entscheidungskompetenz beraubt und ihn zum Objekt, nicht aber zur Legitimationsinstanz des professionellen Handelns macht“ (Dewe/Otto 2001, 1402). Diese Form der Professionalität verdrängt jenes Handlungs- und Orientierungswissen, das der Adressat für seine selbstgestaltete Lebensführung bereithält. So wird dessen Lebenswelt durch das Expertenwissen des Professionellen von außen kolonisiert (vgl. Habermas 1981, 171 ff.; Thiersch/Lob-Hüdepohl 2018, 1038 f.).

53 Vgl. Foucault 1976.

54 Vgl. Lob-Hüdepohl 2012, 11-17.

55 Vgl. Dörner 2000.

56 Vgl. Lob-Hüdepohl 2012, 8 f.

57 Vgl. Honneth 1992, 212 ff., 219.

58 John Rawls rechnet in seiner berühmten „Theorie der Gerechtigkeit“ die „Bedingungen der Selbstachtung“ zu den (wenigen) fundamentalen Grundgütern, die Gegenstand der gerechten Verteilung durch die Institutionen einer „wohlgeordneten Gesellschaft“ sein sollten (vgl. Rawls 1979, 479-486).

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

verknüpft mit der Erfahrung eines starken Gefühls von Zugehörigkeit zu einer Gemeinschaft und Gesellschaft, die jede Person als an Rechten, Pflichten und Lebenschancen gleichberechtigt einbezieht. Jede Erfahrung von Zwang kann als Erfahrung von Ohnmacht und Wehrlosigkeit dieses Gefühl von Zugehörigkeit in Verbindung mit den Momenten der Selbstachtung und des Selbstvertrauens schwer beeinträchtigen und faktisch zur sozialen Ausgrenzung führen. Chronisch psychisch Erkrankte beklagen diese Exklusionstendenz ebenso wie pflegebedürftige Ältere oder Jugendliche in entsprechend abgeschirmten Institutionen der Jugendhilfe oder der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Damit ergibt sich im Kontext der Sorgehandlungen wohltätigen Zwangs das Problem, dass Maßnahmen zur Vermeidung der primären Vulnerabilität das Risiko von Verletzungen in sekundärer Hinsicht beträchtlich erhöhen können.

4.1.6 Vertrauen in Personen und Institutionen

Ein außergewöhnliches Maß an Angewiesenheit und Abhängigkeit von anderen/Sorgenden muss nicht automatisch das Selbstwertgefühl beeinträchtigen oder sogar zerstören. Im Gegenteil kann die Annahme dieser Sorgebeziehung vonseiten des Sorgeempfängers Ausdruck seiner Entscheidung sein, „auch die Abhängigkeit und Hilfsbedürftigkeit, in die einen die Krankheit in Bezug auf die anderen bringt, gelassen hinzunehmen oder gar als Zuwendung zum anderen zu erfahren“[59]. So besehen könnte es sich auch um eine „akzeptierte Verletzbarkeit“[60] als Ausdruck eines auch intuitiven Vertrauens handeln, zu dem sich der Sorgeempfänger keinesfalls immer bewusst entschieden haben muss, sondern durch eine etablierte soziale Praxis motiviert fühlen kann.[61] „Akzeptierte Verletzlichkeit“ wäre Ausdruck einer Haltung gegenüber jenen, denen sich die durch Krankheit oder andere Faktoren beeinträchtigte Person in ihrer Hilfebedürftigkeit anvertraut oder zumindest anvertraut weiß. Vertrauende und vertraute Person verstehen sich dann als Teilnehmer einer gemeinsamen Praxis, für die geteilte Ziel- und Wertvorstellungen gelten.[62] Ob jemand das Vertrauen tatsächlich aufbringt bzw. aufbringen kann, hängt zwar entscheidend von der Vertrauenswürdigkeit des Gegenübers und selbstverständlich auch von der Vertrauenswürdigkeit der rechtlichen Institutionen und Organisationen ab, in denen die Sorgebeziehungen strukturell eingelagert sind. Indem sie Vertrauen schenkt, kann sie ihr Gegenüber jedoch auch moralisch verpflichten, das in sie gesetzte Vertrauen nicht zu enttäuschen.

Bei professioneller Sorge für Kinder und Jugendliche, Patienten und Betreute muss ein Vertrauensverhältnis zu diesen Betroffenen in der Regel erst aufgebaut werden. Unabhängig davon, ob in solchen Kontexten wohltätige Zwangsmaßnahmen überhaupt erwogen und gegebenenfalls ergriffen werden, fühlen die Betroffenen sich nicht selten *zwangsläufig* bzw. *gezwungenermaßen* in eine Abhängigkeit von den professionell Sorgenden gebracht. Das Gefühl der Ohnmacht und der Wehrlosigkeit wird verstärkt, wenn in einem solchen Kontext Sorgehandlungen mit wohltätigem Zwang durchgeführt werden. Viele Einrichtungen im Bereich der Alten-, Behinderten- oder der stationären Kinder- und Jugendhilfe haben in der öffentlichen Debatte mit einem großen Misstrauen zu kämpfen. Umso wichtiger ist es für die Einrichtungen, strukturelle Maßnahmen zu ergreifen, die der Bildung von Vertrauen dienen. Dies geschieht unter anderem durch die Etablierung von Behandlungsvereinbarungen oder die Förderung von Betreuungs- oder Patientenverfügungen.

4.1.7 Urteilskraft und Gewissen

In professionellen Sorgebeziehungen sind immer wieder schwierige Entscheidungen zu treffen, die aus der alltäglichen Routine herausfallen und besondere Anforderungen an das Urteilsvermögen der Beteiligten stellen. Gleichgültig ob es sich dabei um eine unvorhergesehene selbstschädigende Handlung eines psychiatrisch betreuten Patienten, um herausforderndes Verhalten Minderjähriger in erzieherischen Kontexten oder um die plötzlich auftretende Wesensveränderung eines pflegebedürftigen alten Menschen oder eines Menschen mit Behinderung handelt, stets müssen Ärzte, Erzieher und Pflegekräfte – oftmals unter großem Zeitdruck – entscheiden, wie mit der neuen Situation so umzugehen ist, dass sie dabei nicht nur dem jeweils betroffenen Menschen in seiner besonderen Lage, sondern auch den allgemeinen Standards ihrer Profession gerecht werden. Die Anforderungen steigen noch, wenn man folgende Gesichtspunkte berücksichtigt:

Erstens sind selbstschädigende Handlungen oftmals insofern komplexer Natur, als sie verschiedene Güter (z. B. die eigene Gesundheit bzw. körperliche Integrität, die soziale Teilhabe oder die Möglichkeit zukünftiger Selbst-

[59] Akashe-Böhme/Böhme 2005, 88.
[60] Vgl. etwa Baier 1986; Steinfath 2016.
[61] Vgl. Hartmann 2011.
[62] Vgl. Lahno 2002, 209 f.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

bestimmung) betreffen können. In diesem Fall ist unter Würdigung der individuellen Persönlichkeit des Geschädigten eine überzeugende Rangordnung zwischen körperlichen, sozialen und mentalen Beeinträchtigungen zu erstellen und abzuwägen, welches Gut vorrangig zu schützen ist.

Zweitens finden Abwägungsprozesse nicht selten unter Bedingungen begrenzten Wissens um die konkrete Persönlichkeit, die individuellen Wertpräferenzen des Betroffenen oder die Eintrittswahrscheinlichkeit und das Ausmaß des befürchteten Schadens statt. Je genauer ein professioneller Akteur die persönliche Biografie der hilfsbedürftigen Person und die wahrscheinlichen Folgen seiner Intervention kennt, desto eher wird er auch in der Lage sein, unnötige Belastungen zu vermeiden.

Drittens gibt es aufgrund des spezifischen institutionellen Kontextes – zum Beispiel durch Zeit- und Personalmangel oder eine unterentwickelte Reflexionskultur innerhalb der Einrichtung – oftmals Rahmenbedingungen, die verhindern, dass die eigentlich als richtig erkannte Entscheidung auch tatsächlich in der Praxis umgesetzt wird, sodass sich Akteure aufgrund bestimmter Umstände zu Entscheidungen gedrängt fühlen, die sie eigentlich selbst gerne vermeiden möchten.

Viertens wird von professionellen Akteuren nicht nur erwartet, dass sie auf überraschende und kaum vorhersehbare Situationen angemessen reagieren können, sondern auch dazu in der Lage sind, konflikthafte Entwicklungen in ihrer Dynamik frühzeitig zu erkennen und drohende Schädigungen durch gezielte präventive Maßnahmen möglichst zu verhindern oder zu minimieren.

Dies deutet darauf hin, dass die Befähigung der professionellen Akteure zu einer situationsadäquaten Urteilsbildung in der Praxis von großer Bedeutung ist. In der ethischen Theoriebildung hat sich in diesem Zusammenhang seit Langem die Unterscheidung zweier Reflexionsebenen etabliert, denen auch mit Blick auf die Sorgfaltspflichten professioneller Akteure in Sorgebeziehungen eine große praktische Bedeutung zukommt:

Die erste Ebene betrifft die persönlichen (intellektuellen und emotionalen) Voraussetzungen, die erfüllt sein müssen, damit ein Akteur in einer schwierigen Konfliktsituation auf der Basis seines allgemeinen Regelwissens zu einer situativ richtigen Handlungsentscheidung gelangt. Da sich Letztere nicht einfach aus allgemeinen Handlungsprinzipien deduzieren oder durch einen Algorithmus ausrechnen lässt, bedarf es einer spezifischen Leistung der Urteilskraft, die den Akteur dazu befähigt, angemessen einzuschätzen, ob und inwiefern eine bestimmte Handlungssituation in den Geltungsbereich einer generellen Handlungsregel fällt oder nicht. Die Moraltheorie hat für die hier notwendige Vermittlungsleistung der Vernunft eine ganze Reihe begrifflicher Ressourcen zur Verfügung gestellt – angefangen bei den antiken Reflexionen zur Epikie (*aequitas*, Billigkeit)[63] und Phronesis (*prudentia*, Klugheit)[64] über die lange Tradition der sogenannten Kasuistik[65] bis hin zu den kantischen Überlegungen zur praktischen Urteilskraft[66] oder den verschiedenen zeitgenössischen Beiträgen zur Intuition[67] bzw. moralischen Sehkraft[68]. Gemeinsam ist diesen verschiedenen Traditionen, dass die Befähigung zur Erkenntnis des situativ richtigen Handelns jeweils einen komplexen Reflexionsprozess voraussetzt, in den neben kognitiven Kompetenzen auch praktische Erfahrung sowie emotionale Implikationen eingehen. Reife Urteilsfähigkeit ist eine Tugend, die den ganzen Menschen herausfordert und auf einen prinzipiell unabschließbaren Lernprozess verweist.

Die zweite, darauf aufbauende Ebene betrifft die Lehre vom Gewissen, das Immanuel Kant als die „sich selbst richtende moralische Urtheilskraft“ – also als eine Urteilskraft zweiter Stufe – bestimmt hat.[69] Es entspricht der Selbsterfahrung professioneller Akteure nicht nur in der Medizin[70], sondern in asymmetrischen Sorgebeziehungen generell, dass sie sich angesichts der Tragweite der von ihnen zu treffenden Entscheidungen immer wieder selbstkritisch fragen (müssen), ob und inwieweit sie ihrer Sorgfaltspflicht bei der Vorbereitung und Durchführung gerade solcher Handlungen nachgekommen sind, die eine mögliche Schädigung der ihnen anvertrauten Menschen implizieren. Das sich in der Praxis bei einigen Akteuren in helfenden Berufen gelegentlich einstellende *schlechte Gewissen*, nicht angemessen auf ein Problem reagiert zu haben, darf jedoch nicht vorschnell als Symptom individuellen Versagens interpretiert werden. Vielmehr kann es sich dabei auch um ein Symptom einer Problemlage handeln, deren Ursachen auf einer institutionellen und systemischen Ebene liegen und die damit einen Veränderungsbedarf anzeigt, der weit über das professionelle Handeln des einzelnen Akteurs hinausgeht. Gerade im Umgang mit Maßnahmen wohltätigen Zwangs kann sich insofern aber auch das Gefühl

63 Vgl. Aristoteles, Nikomachische Ethik V, Kap. 1-5, 10, 14; Horn 2006.
64 Vgl. Aristoteles, Nikomachische Ethik VI, Kap. 5, 8-13; Ricken 2014.
65 Vgl. Jonsen/Toulmin 1988.
66 Vgl. Kant, GMS, AA IV, 387 ff.; Kant, KpV, AA V, 67 ff.; auch Höffe 2014.
67 Vgl. Burkard 2012; Raatzsch 2013; Heinrichs 2013.
68 Vgl. McNaughton 1988; Trampota 2003.
69 Kant, RGV, AA VI, 186.
70 Vgl. Wiesing/Bormann 2014; Schmidt/Schönecker 2014.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

eines *perplexen Gewissens* einstellen, als alle zur Verfügung stehenden Handlungsalternativen etwas moralisch Problematisches an sich haben: Während die Ausübung von Zwang als Verstoß gegen das hohe Gut der Selbstbestimmung des Hilfeempfängers erlebt wird, kann gleichzeitig der Verzicht auf entsprechende Zwangsmaßnahmen als mangelnde Fürsorge angesichts der drohenden Selbstschädigung erscheinen, die ebenfalls mit Schuldgefühlen verbunden ist.

Im Blick auf diese schwierige Gemengelage dürfte es ein wichtiges Qualitätskriterium für Einrichtungen sein, ob und inwieweit sie eine lebendige Reflexionskultur ihrer professionellen Mitarbeiter unterstützen, die die eigenen Entscheidungen und Routinen immer wieder selbstkritisch überprüft und gerade dadurch die nötige Handlungssicherheit auch in schwierigen Situationen stärkt.

4.2 Grund- und menschenrechtliche Aspekte

Das geltende Recht kennt den legitimen Einsatz wohltätigen Zwangs, fordert ihn sogar in bestimmten Fällen und unter bestimmten Voraussetzungen (siehe Abschnitte 5.1.3, 5.2.3 und 5.3.3). Allerdings wird die Legitimität wohltätigen Zwangs aus grund- und menschenrechtlicher Perspektive prinzipiell infrage gestellt.

Für das nationale Verfassungsrecht hat das Bundesverfassungsgericht in den letzten Jahren wichtige Maßstäbe entwickelt und namentlich für das besonders sensible Referenzgebiet der medizinischen Zwangsmaßnahmen die verfassungsrechtlichen Koordinaten neu bestimmt.

Mit seinem Grundsatzbeschluss vom 23. März 2011 hat das Bundesverfassungsgericht zunächst klargestellt, dass eine medizinische Zwangsbehandlung, also eine Behandlung gegen den natürlichen Willen des Betroffenen, auf schwerwiegende Weise in das Grundrecht der körperlichen Unversehrtheit gemäß Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG eingreift.[71] Dennoch sei es dem Gesetzgeber nicht prinzipiell verwehrt, derartige Eingriffe unter bestimmten Voraussetzungen zu ermöglichen, um den anderen grundrechtlich geschützten Interessen des Betroffenen Rechnung zu tragen.[72] Zwar umfassen die Freiheitsgrundrechte auch das Recht, von der Freiheit einen Gebrauch zu machen, der in den Augen Dritter den wohlverstandenen objektiven Interessen des Grundrechtsträgers zuwiderläuft. Die damit gewährleistete „Freiheit zur Krankheit“ schließt es aus, dass eine medizinische Zwangsbehandlung gegen den „freien Willen“[73] eines Menschen erfolgt.[74] Kann aber ein Betroffener aktuell keinen freiverantwortlichen Willen in Bezug auf den Umgang mit einer Krankheit bilden, weil er krankheitsbedingt nicht in der Lage ist, die Notwendigkeit einer ärztlichen Maßnahme zu erkennen oder nach dieser Einsicht zu handeln[75], und liegen keine tragfähigen Anhaltspunkte dafür vor, dass diese Ablehnung der Behandlung seinem freiverantwortlichen Willen entspricht[76], tritt die Schutzpflicht des Staates zugunsten des Lebens und der körperlichen Unversehrtheit in den Vordergrund. Die Schutzpflicht findet in diesem Fall ihren Grund in dem gesteigerten Schutzbedarf der Person, sofern diese nicht zur Einsicht in die konkrete Notwendigkeit einer medizinischen Maßnahme fähig ist und darum Gefährdungen von Leib und Leben ausgeliefert wäre, ohne in Freiheit selbst für den eigenen Schutz sorgen zu können.[77]

Für eine grundrechtsdogmatische Rekonstruktion dieser Judikatur lässt sich Folgendes festhalten: Die Normalkonstellation einer Kollision von abwehrrechtlichen und schutzrechtlichen Verpflichtungen des Staates betrifft ein Dreiecksverhältnis. Ein Grundrechtsträger A greift in Ausübung seiner grundrechtlichen Freiheit in ein grundrechtliches Schutzgut eines anderen Grundrechtsträgers B über. Der Staat ist nun insoweit verpflichtet, dem „Opfer“ (B) des Übergriffs ein Mindestmaß an wirksamem Schutz zu gewähren, darf dabei aber den „Täter“ (A) nicht übermäßig in die Schranken weisen. Bei diesem „Schutz durch Eingriff“[78] wird der Staat also in doppelter Weise grundrechtlich dirigiert: durch das (leistungsrechtliche) Untermaßverbot (im Blick auf B) und durch das (abwehrrechtliche) Übermaßverbot (hinsichtlich A).[79] Demgegenüber ist der hier vorliegende Problemkontext dadurch charakterisiert, dass Schutzgut und Eingriff dasselbe Grundrechtssubjekt betreffen: Der Staat schützt den Menschen vor sich selbst. In diesem Zusammenhang wird die Unterscheidung von freiem und natürlichem Willen bedeutsam, denen jeweils bestimmte grundrechtliche Schutzgüter zugeordnet werden. Wenn der freiverantwortliche Wille fehlt, trifft den Staat eine Schutzverpflichtung. Das legitimiert jedoch nicht

---

71 Vgl. BVerfGE 128, 282.

72 Z. B. der Fortbewegungsfreiheit nach Art. 2 Abs. 2 Satz 2 GG (vgl. BVerfGE 128, 282) oder Leben und Gesundheit nach Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG (vgl. BVerfGE 142, 313).

73 Im juristischen Kontext ist es üblich, statt vom „freiverantwortlichen“ vom „freien“ Willen zu sprechen (vgl. etwa § 104 Nr. 2 BGB; Lipp 2000, 44 ff., 60 ff.). Im Folgenden wird jedoch die hier eingeführte Wortwahl beibehalten.

74 Vgl. BVerfGE 142, 313, Rn. 74.

75 Zu dieser Umschreibung vgl. BVerfGE 128, 282, Rn. 46 ff., 49; grundlegend BVerfGE 58, 208 (225).

76 Vgl. BVerfGE 142, 313, Rn. 80.

77 Vgl. BVerfGE 142, 313, Rn. 79.

78 Vgl. Wahl/Masing 1990, 553 ff.

79 Vgl. auch Isensee 2011, Rn. 217 ff.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

jede denkbare Schutzmaßnahme. Auch in der Erfüllung dieser Schutzpflicht bleibt der Staat hinsichtlich des weiterhin vorhandenen natürlichen Willens abwehrrechtlich gebunden. Dementsprechend qualifiziert das Bundesverfassungsgericht die Anwendung wohltätigen Zwangs gegen den natürlichen Willen des Betroffenen als Eingriff in das Selbstbestimmungsrecht, das durch das allgemeine Persönlichkeitsrecht geschützt wird; doch ändert dieser natürliche Wille nichts an der besonderen Hilfs- und Schutzbedürftigkeit des Betroffenen.[80] Deshalb hat das Bundesverfassungsgericht den Gesetzgeber verpflichtet, für die Fälle eine medizinische Zwangsbehandlung zu ermöglichen, in denen drohende erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigungen einschließlich einer Lebensgefahr durch nicht zu eingriffsintensive Behandlungen mit hohen Erfolgsaussichten abgewehrt werden können, die Betroffenen allein aufgrund ihrer krankheitsbedingt fehlenden Einsichts- oder Urteilsfähigkeit mit ihrem natürlichen Willen eine solche Behandlung ablehnen und wenn keine tragfähigen Anhaltspunkte vorliegen, dass die Ablehnung der Behandlung ihrem freiverantwortlichen Willen entspricht.

Das Ergebnis des erforderlichen Abwägungsprozesses zwischen den kollidierenden Grundrechten – nämlich: Achtung des Selbstbestimmungsrechts und der körperlichen Integrität des Betroffenen einerseits, Schutz des Lebens und der körperlichen Unversehrtheit vor Selbstgefährdungen andererseits – sieht das Gericht für den Fall als „offensichtlich vorgezeichnet“, in dem mit der ergriffenen medizinischen Maßnahme keine besonderen Behandlungsrisiken einhergingen und auch keine tragfähigen Anhaltspunkte dafür vorlägen, dass die Behandlungsverweigerung dem freiverantwortlichen Willen des Betroffenen entspricht. In diesem Fall setze sich die staatliche Schutzpflicht durch. Bei der Umsetzung dieser Schutzpflicht verfüge der Gesetzgeber über einen Spielraum zur näheren Ausgestaltung der konkreten Schutzmaßnahmen. Dieser Spielraum betreffe indessen nur die Frage, wie eine verfassungsrechtlich gebotene Schutzmaßnahme ausgestaltet wird, nicht aber die, ob überhaupt eine Schutzmaßnahme angezeigt ist.[81]

Andererseits habe der Gesetzgeber auf die zurücktretenden Freiheitsrechte der Betroffenen möglichst weitgehend Rücksicht zu nehmen. Das Gericht verlangt insoweit „inhaltlich anspruchsvolle und hinreichend bestimmt formulierte materielle und begleitende verfahrensrechtliche Voraussetzungen“.[82] Dabei habe der Gesetzgeber insbesondere dem Umstand Rechnung zu tragen, dass es bei der medizinischen Behandlung eines Menschen nicht allein um die Sicherstellung medizinischen Schutzes nach Maßstäben objektiver Vernünftigkeit geht; vielmehr sei der freiverantwortliche Wille des Betroffenen zu respektieren. Dies gelte auch, soweit der freiverantwortliche Wille anhand von Indizien – insbesondere unter Rückgriff auf frühere Äußerungen oder etwa aufgrund der Qualität des geäußerten natürlichen Willens – ermittelbar sei. Einzig wo dies nicht möglich sei, wenn also keine tragfähigen Anhaltspunkte vorliegen, dass die Ablehnung der Behandlung dem freiverantwortlichen Willen entspricht, könne als letztes Mittel ein entgegenstehender natürlicher Wille überwunden werden.[83]

Die gesetzlichen Regelungen müssen daher sowohl gewährleisten, dass eine durch die grundrechtliche Schutzpflicht gebotene Zwangsmaßnahme erfolgen darf, als auch den gebotenen Freiheitsschutz sicherstellen. Angesichts der Vielgestaltigkeit der Fälle kann das Gesetz nicht alle Fallgestaltungen im Einzelnen abbilden. Daher ist die Evidenz des Abwägungsergebnisses vor allem auf der Anwendungsebene im Einzelfall zu suchen. Dies kann unter anderem eine abgestufte Berücksichtigung des natürlichen Willens verlangen, bei der auch berücksichtigt wird, wie nahe er auch nach der gebotenen Unterstützung bei der Willensbildung dem mutmaßlichen freiverantwortlichen Willen des Betroffenen kommt. Der Gesetzgeber hat zudem ausreichende verfahrensrechtliche Sicherungen vorzusehen. Sie müssen gewährleisten, dass eine medizinische Zwangsbehandlung nur vorgenommen werden darf, wenn feststeht, dass tatsächlich kein freiverantwortlicher Wille des Betroffenen vorhanden ist, dem gleichwohl vorhandenen natürlichen Willen nach Möglichkeit Rechnung getragen wird und dass die materiellen Voraussetzungen einer Zwangsbehandlung nachweisbar vorliegen.[84]

Der Respekt vor der Selbstbestimmung des Einzelnen gebietet es nach Ansicht des Gerichts sicherzustellen, dass vor ärztlichen Maßnahmen stets aktuell festgestellt wird, ob nicht eine hinreichende Einsichts- und Urteilsfähigkeit des Betroffenen im Hinblick auf diese Maßnahmen besteht, sodass sie hierfür einen freien und damit maßgeblichen Willen bilden können. Dabei können eine Patientenverfügung oder früher geäußerte Behandlungswünsche für die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation maßgeblich sein. Im Hinblick auf den entgegenstehenden natürlichen Willen des nicht einsichts- oder urteilsfähigen Betroffenen ist außerdem zunächst zu versuchen, ihn von der Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit der vorgesehenen Behandlung zu überzeugen, bevor als letztes Mittel eine Zwangsbehandlung erfolgen darf.[85]

---

[80] Vgl. BVerfGE 142, 313, Rn. 76; BVerfGE 128, 282, Rn. 47 ff.
[81] Vgl. BVerfGE 142, 313, Rn. 80 f.
[82] BVerfGE 142, 313, Rn. 82; vgl. auch BVerfGE 128, 282, Rn. 72.
[83] Vgl. BVerfGE 142, 313, Rn. 82.
[84] BVerfGE 142, 313, Rn. 83 f.
[85] BVerfGE 142, 313, Rn. 86.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

In verfahrensrechtlicher Hinsicht verlangt das Bundesverfassungsgericht des Weiteren die Anordnung der Zwangsbehandlung durch einen Arzt[86] und einen wirksamen gerichtlichen Rechtsschutz[87] sowie die Dokumentation der gegen den Willen des Betroffenen ergriffenen Behandlungsmaßnahmen, einschließlich ihres Zwangscharakters, der Durchsetzungsweise, der maßgeblichen Gründe und der Wirkungsüberwachung. Diese Dokumentation diene der Effektivität des Rechtsschutzes, sie sichere die Verhältnismäßigkeit des Eingriffs und sei ein unentbehrliches Mittel der systematischen verbesserungsorientierten Qualitätskontrolle und Evaluation. Nur auf ihrer Grundlage bleibe fachgerechtes und verhältnismäßiges Handeln unter der für Kliniken typischen Bedingung gesichert, dass die zuständigen Akteure wechseln oder sich die Behandlung über einen längeren Zeitraum erstrecke.[88]

Diese Grundsätze hat das Bundesverfassungsgericht in seinem Urteil vom 24. Juli 2018 zur sogenannten 5-Punkt- bzw. 7-Punkt-Fixierung im Rahmen der öffentlich-rechtlichen Unterbringung noch einmal bekräftigt und weiterentwickelt.[89] Das Gericht qualifiziert die nicht nur kurzfristige[90] Fixierung wegen ihrer besonderen Eingriffsintensität als eine Freiheitsentziehung, die dem Richtervorbehalt des Art. 104 Abs. 2 GG unterliegt.[91] Die besondere Intensität dieses Eingriffs folge unter anderem daraus, dass ein gezielt vorgenommener Eingriff in die Bewegungsfreiheit als umso bedrohlicher erlebt werde, je mehr der Betroffene sich dem Geschehen hilflos und ohnmächtig ausgeliefert sehe; hinzu komme, dass der Eingriff in der Unterbringung häufig Menschen treffe, die aufgrund ihrer psychischen Verfassung die Nichtbeachtung ihres Willens besonders intensiv empfänden.[92] Zwar hält das Bundesverfassungsgericht auch derartig schwerwiegende Eingriffe in die Fortbewegungsfreiheit (Art. 2 Abs. 2 Satz 2 GG) für grundsätzlich rechtfertigungsfähig.[93] Eine Einschränkung der Freiheit der Person kann sowohl mit dem Schutz anderer Personen als auch mit dem Schutz des Betroffenen selbst gerechtfertigt werden, wenn sich dies als unumgänglich erweist, um eine drohende gewichtige gesundheitliche Schädigung von ihm abzuwenden.[94] Das Bundesverfassungsgericht formuliert dafür aber strenge Anforderungen: Der Gesetzgeber sei verpflichtet, die Voraussetzungen einer Freiheitsentziehung und das Verfahren in berechenbarer, messbarer und kontrollierbarer Weise zu regeln.[95] In materieller Hinsicht dürfe die Fixierung nur als letztes Mittel vorgesehen sein, wenn mildere Mittel nicht (mehr) in Betracht kommen.[96] Als verfahrensrechtliche Sicherungen verlangt das Gericht im Einklang mit seiner Entscheidung zur Zwangsbehandlung[97] unter anderem die Anordnung der Fixierung durch einen Arzt, eine Dokumentation über die maßgeblichen Gründe der Fixierungsanordnung, ihre Durchsetzung, Dauer und Art der Überwachung sowie die vorherige gerichtliche Genehmigung. Kann diese in Eilfällen nicht vorher eingeholt werden, ist die gerichtliche Entscheidung unverzüglich nachzuholen.

Für die Anwendung wohltätigen Zwangs in der Dreieckskonstellation Eltern – Kind – Staat gilt ein spezifisches Rechtfertigungsmodell. Art. 6 Abs. 2 GG weist den Eltern eine umfassende Verantwortung für die Lebens- und Entwicklungsbedingungen ihres Kindes zu und räumt ihnen zugleich eine – am Kindeswohl ausgerichtete – Bestimmungsmacht ein.[98] Sie umfasst grundsätzlich auch die Einwilligung in Maßnahmen des wohltätigen Zwangs gegenüber ihren Kindern.

Die vorstehend skizzierten grundrechtlichen Maßstabselemente werden auf völkerrechtlicher Ebene durch die einschlägigen Menschenrechtskonventionen ergänzt. Neben der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK)[99] sind hier insbesondere hervorzuheben:

- die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK)[100] mit den Gewährleistungen der Art. 12 (gleiche Anerkennung vor dem Recht), Art. 14 (Freiheit und Sicherheit der Person), Art. 15 (Freiheit von Folter oder

[86] BVerfGE 128, 282, Rn. 66; BVerfGE 142, 313, Rn. 85.
[87] BVerfGE 128, 282, Rn. 63; BVerfGE 142, 313, Rn. 85.
[88] BVerfGE 128, 282, Rn. 67; BVerfGE 142, 313, Rn. 85.
[89] BVerfG, NJW 2018, 2619.
[90] Das Gericht hält eine Fixierung nicht mehr für kurzfristig, „wenn sie absehbar die Dauer von ungefähr einer halben Stunde“ überschreitet (vgl. BVerfG, NJW 2018, 2619, Rn. 1b).
[91] Die auch gegenüber der richterlichen Unterbringungsanordnung als solcher eine eigenständige Freiheitsentziehung darstelle (vgl. BVerfG, NJW 2018, 2619, Rn. 67-70).
[92] BVerfG, NJW 2018, 2619, Rn. 71 unter Bezugnahme auf BVerfGE 128, 282, Rn. 44.
[93] BVerfG, NJW 2018, 2619, Rn. 72.
[94] BVerfG, NJW 2018, 2619, Rn. 74 f.
[95] BVerfG, NJW 2018, 2619, Rn. 76 ff.
[96] BVerfG, NJW 2018, 2619, Rn. 80.
[97] BVerfGE 128, 282. Die dort entwickelten Grundsätze seien auf die Fixierung weitgehend übertragbar (vgl. BVerfG, NJW 2018, 2619, Rn. 81.).
[98] Vgl. Höfling 2009, Rn. 17 ff. m. w. N.
[99] Konvention zum Schutz der Menschenrechte und Grundfreiheiten vom 4. November 1950.
[100] Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen vom 13. Dezember 2006.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe) sowie Art. 17 (Schutz der Unversehrtheit der Person),

- die UN-Kinderrechtskonvention (UN-KRK)[101] mit der Schlüsselnorm über die Partizipation des Kindes in Art. 12.

Beide Konventionen sind charakterisiert durch einen subjektorientierten Ansatz; sie dienen der menschenrechtlichen Emanzipation.[102] Insbesondere im Blick auf die UN-Kinderrechtskonvention ist strittig, ob und inwieweit die nach Art. 12 UN-KRK gebotene Berücksichtigung des Kindeswillens in der deutschen Rechtsordnung in ausreichendem Maße aufgegriffen worden ist.[103] Auch hinsichtlich der UN-Behindertenrechtskonvention gibt es kontroverse Diskussionen, inwieweit das deutsche Recht bzw. die deutsche Rechtspraxis bei Unterbringung und Zwangsbehandlung mit ihr vereinbar ist.[104] Nicht zuletzt haben die Berichte, Leitlinien und Empfehlungen des Ausschusses für die Rechte von Menschen mit Behinderungen nach Art. 34 UN-BRK zur Auslegung der Konventionsbestimmungen Anlass zu dieser Diskussion gegeben.

Das Bundesverfassungsgericht hat allerdings zu Recht klargestellt, dass die Äußerungen des Ausschusses weder für internationale noch für nationale Gerichte völkerrechtlich verbindlich sind.[105] Mit Blick auf die Beanstandungen der Regelungen des deutschen Rechts zu Zwangsmaßnahmen gegen den natürlichen Willen der Betroffenen – wie die freiheitsentziehende Unterbringung, andere freiheitsentziehende Maßnahmen und die Zwangsbehandlung – hat es die Kritik des Ausschusses als unspezifisch bezeichnet. Sie verhalte sich insbesondere nicht zu der maßgeblichen Frage, ob im Falle eines gänzlich fehlenden freiverantwortlichen Willens eine Zwangsbehandlung in einer medizinischen Notsituation erforderlich bzw. gerechtfertigt sein kann.[106] Gleichwohl kann den Überlegungen des Ausschusses für die Auslegung des Menschenrechtsabkommens durchaus erhebliches Gewicht zukommen.[107] Sie sollten insbesondere Anlass sein, sich mit den zentralen Fragen des Konzepts eines freiverantwortlichen Willens und dessen Abgrenzung zum natürlichen Willen eingehend auseinanderzusetzen und dabei auch die Sensibilität für die Gefahren erniedrigender und würdeverletzender Behandlungen zu erhöhen.[108]

Die Abwägung der in einer Person miteinander konfligierenden grundrechtlichen Schutzgüter ist jedoch überaus schwierig. Abstrakt konstruierte Rangordnungen, wie sie das Bundesverfassungsgericht andeutet, sind allenfalls als Orientierungsraster hilfreich. Sie dürfen indes Relativierungen und Abweichungen in der konkreten Konstellation im Blick auf die je individuell betroffenen Menschen nicht ausschließen. Namentlich der Aspekt der sekundären Vulnerabilität (siehe Abschnitt 4.1.5) verdient bei der Überwindung des natürlichen Willens besondere Beachtung. Diese Überwindung ist nicht nur eine Beeinträchtigung der körperlichen Integrität (z. B. bei einer Zwangsbehandlung) oder der Freiheit der Person (z. B. beim Einschluss in einem Zimmer); sie kann zugleich einen gravierenden Eingriff in bzw. Übergriff auf die Selbstachtung als elementaren Bestandteil des allgemeinen Persönlichkeitsrechts darstellen. Insofern bedarf das vom Bundesverfassungsgericht maßgeblich herangezogene allgemeine Persönlichkeitsrecht gemäß Art. 2 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 GG der weiteren Ausdifferenzierung: Geht es „nur“ um die sich im natürlichen Willen ausdrückende Selbstbestimmung (etwa über die körperliche Integrität) oder steht der – besonders würdenahe – Selbstachtungsanspruch auf dem Spiel? Besonders sorgfältig zu prüfen ist ein Vorrang der Schutzpflicht auch dann, wenn die Überwindung des natürlichen Willens nicht lediglich eine – gegebenenfalls mehrfach erfolgende – punktuelle Intervention darstellt, sondern langfristige, möglicherweise sogar irreversible Auswirkungen auf den Betroffenen und sein zukünftiges Leben hat.

Auch in rechtlicher Hinsicht ist zu beachten, dass Selbstbestimmung ein vager Begriff ist (siehe Abschnitt 4.1.1). Die Grenzziehung zwischen freiverantwortlichen Entscheidungen einerseits und Willensäußerungen andererseits, die diesem Anforderungsprofil nicht genügen, ist durchaus prekär (siehe Abschnitt 3.1.2) und im Blick auf je unterschiedliche Schutzgüter gegebenenfalls differenziert vorzunehmen. Deshalb erscheint eine

---

[101] Übereinkommen über die Rechte des Kindes vom 20. November 1989.
[102] Vgl. Schmahl 2016a, 96; Schmahl 2016b.
[103] Vgl. Schmahl 2016a, 100 ff.
[104] Vgl. Schmahl 2016b, 47 ff.
[105] BVerfGE 142, 313, Rn. 90 m. w. N.; bekräftigt in BVerfG, NJW 2018, 2619, Rn. 90 ff.
[106] Vgl. BVerfGE 142, 313, Rn. 91 (zur Zwangsbehandlung); BVerfG, NJW 2018, 2619, Rn. 92 (zu freiheitsentziehenden Maßnahmen) – jeweils mit der Formulierung, der Ausschuss gebe „keine Antwort auf die Frage, was nach seinem Verständnis des Vertragstextes mit Menschen geschehen soll, die keinen freien Willen bilden können und sich in hilfloser Lage befinden“.
[107] Vgl. BVerfGE 142, 313, Rn. 90; BVerfG, NJW 2018, 2619, Rn. 91.
[108] In diesem Sinne wird etwa die abstrakte Präjudizierung des Abwägungsergebnisses durch das Bundesverfassungsgericht infrage gestellt (vgl. Uerpmann-Wittzack 2016).

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

einfache Dichotomie von freiem und natürlichem Willen als problematisch. Dies gilt umso mehr, als eine transdisziplinär konsentierte Konkretisierung von Einsichts-, Urteils- und Handlungsfähigkeit als zentrale Kriterien nicht ersichtlich und erst noch zu entwickeln ist.

4.3 Ethische Positionen der Rechtfertigung von Sorgebeziehungen wohltätigen Zwangs

Die Bandbreite ethischer Positionen zur Frage der Rechtfertigung wohltätigen Zwangs im Kontext professioneller Sorgebeziehungen reicht von einer weitgehenden Legitimierung bis zu einer kategorischen Ablehnung aller seiner Formen.

Vertreter der ersten Position argumentieren mit der Fürsorgepflicht Dritter, der zufolge das Wohl einer Person auch gegen deren Willen geschützt werden müsse – notfalls mit den Mitteln des Zwangs. Fürsorge ist dieser Position folgend als Pflicht zu verstehen, die im Konfliktfall das Recht auf Selbstbestimmung überwiegt. Diese Position knüpft an eine weitverbreitete alltagsweltliche Intuition an, der zufolge man einen Menschen in Not aus Gründen elementarer Humanität nicht ohne Hilfe lassen dürfe, auch wenn er diese ausschlage. Gelegentlich wird hier auf das *Recht auf Leben* verwiesen, für dessen Schutz und Förderung der Staat eine Gewährleistungsverantwortung trage und das dieser durch entsprechende Ermächtigungen etwa des medizinisch-pflegerischen Personals zur Geltung bringen müsse. Diese Rechtfertigung fokussiert auf die physische Existenz – als solche oder als Voraussetzung menschlichen Handelns – und damit auf eine Dominanz des *objektiven* Wohls.

Gegen diesen absoluten Primat der Fürsorge beharren Vertreter einer konträren Position auf dem absoluten Primat der freiverantwortlichen Entscheidung – selbst auf die Gefahr hin, dass dies im Konfliktfall zu schwerem Schaden für die betroffene Person führen oder sogar deren Tod bedeuten könnte. Der Vorrang der Selbstbestimmung wird damit begründet, dass die selbstbestimmte und freiverantwortliche Lebensführung als unmittelbarer Ausdruck der Selbstzweckhaftigkeit und damit der Würde des Menschen zu verstehen sei. Die Fürsorgepflicht Dritter und die Schutzpflicht des Staates bestehen nach dieser Position vor allem in der Ermöglichung und Förderung selbstbestimmter und freiverantwortlicher Lebensführung. Die Sorge für andere Personen wird gleichsam in den Dienst deren selbstbestimmter und freiverantwortlicher Lebensführung gestellt.

Aus ethischer Perspektive kann die Ausübung wohltätigen Zwangs als Form paternalistischen Handelns begriffen werden. Paternalismus umfasst Handlungen, die sich erstens bewusst über die Willensbekundungen des Adressaten hinwegsetzen und zweitens ausschließlich oder zumindest vorrangig das Ziel verfolgen, den Adressaten vor gravierender Selbstgefährdung oder Gefährdung fundamentaler eigener Interessen zu schützen. Tom Beauchamp und James Childress definieren Paternalismus als „the intentional overriding of one person's preferences or actions by another person, where the person who overrides justifies this action by appeal to the goal of benefiting or preventing or mitigating harm to the person whose preferences or actions are overridden".[109]

Üblich – gleichwohl nicht unumstritten[110] – ist die von Joel Feinberg in die Diskussion gebrachte Unterscheidung zwischen einem „weichen" (bzw. „schwachen") und einem „harten" (bzw. „starken") Paternalismus: Weich sei paternalistisches Handeln dann, wenn der Akteur mit der Zustimmung des Adressaten rechnen könnte, sofern dieser aktuell zu einer freiverantwortlichen Entscheidung bzw. Willensbildung fähig wäre.[111] Zwar mag der Adressat paternalistischer Handlungen sehr wohl gewisser Grade von Selbstbestimmung fähig sein, die sich in spezifischen Situationen in Gestalt des natürlichen Willens äußern. Gleichwohl reichen die kognitiven oder volitiven Fähigkeiten noch nicht, grundsätzlich nicht oder nicht mehr aus, um in der jeweiligen Situation eine im Vollsinn freiverantwortliche Entscheidung zu treffen. Auch dann sind diese Erscheinungsformen selbstbestimmter Entscheidungen jedoch zu achten, haben allerdings nicht dieselbe Dignität freiverantwortlicher Entscheidungen. Hart dagegen sei ein paternalistisches Handeln, wenn es sich über eine freiverantwortliche und in diesem Sinn gänzlich selbstbestimmte Entscheidung des Adressaten hinwegsetzt.

Unstrittig ist in allen Fallkonstellationen von Paternalismus, dass die Ermittlung des subjektiven wie objektiven Wohls und des Schadens bzw. der Gefährdung erhebliche Probleme aufwerfen kann. Die Wahrnehmung der Situation und die Bestimmung von Schaden bzw. Wohl sind immer geprägt von individuellen wie soziokulturellen Deutungsmustern, die schon „im Auge des Betrachters" Einschränkungen und unwillkürliche Bevormundung erzeugen können.

Legt man diese Unterscheidung zugrunde, ergeben sich unterschiedliche Ansprüche an die mögliche Rechtfertigung paternalistischer Zwangsmaßnahmen. Selbstbestimmte Entscheidungen treten in vielen Graduierungen

[109] Beauchamp/Childress 2009, 208.
[110] Vgl. Quante 2002, 308-315.
[111] Vgl. Feinberg 1986, 26.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

auf. Je näher sie an das Maß freiverantwortlicher Entscheidungen heranreichen, desto höher sind die argumentativen Hürden, die eine Rechtfertigung von Zwangsmaßnahmen überwinden muss.

Idealtypisch lassen sich drei Fallkonstellationen unterscheiden:

a) Der Sorgeadressat äußert Wünsche und Bedürfnisse, ist aber in der konkreten Situation unzweifelhaft nicht zu einer freiverantwortlichen Entscheidung in der Lage.

b) Der Sorgeadressat entscheidet, wobei in der vorliegenden Situation aber begründete Zweifel an der Freiverantwortlichkeit seiner Entscheidung bestehen.

c) Der Sorgeadressat entscheidet unzweifelhaft freiverantwortlich.

Diese Abgrenzung spiegelt die Logik einer gestuften Kriteriologie, die für die ethische Beurteilung paternalistischer Handlungen hilfreich ist. Sie markiert aber keineswegs feste Grenzziehungen zwischen verschiedenen Personengruppen. So können Jugendliche oder sogar Kinder, von denen man grundsätzlich annehmen würde, sie seien in der Regel noch nicht zu freiverantwortlichen Entscheidungen in der Lage, in bestimmten Situationen, etwa aufgrund entsprechender lebenslagenspezifischer Reifungsprozesse, sehr wohl zu einzelnen freiverantwortlichen Entscheidungen fähig sein. Umgekehrt können Erwachsene, bei denen man im Allgemeinen von einer freiverantwortlichen Entscheidung ausgeht, in bestimmten Lebensbereichen vorübergehend oder dauerhaft nicht mehr in der Lage sein, freiverantwortlich zu entscheiden. Deshalb ist in jedem Einzelfall sorgfältig zu prüfen, welcher Grad an Selbstbestimmung beim Sorgeadressaten aktuell jeweils vorliegt. In jedem Fall ist darauf zu achten, dass alle *aktuell* vorfindlichen Kompetenzen und Ressourcen genutzt werden, die der Betroffene in die Entscheidungsfindung einbringen kann und einzubringen wünscht. Mehr noch: Selbst weichpaternalistische Entscheidungen und Handlungen Dritter dürfen nie die Willensäußerungen des Betroffenen einfach ersetzen, nur weil dieser nicht im vollen Sinne zu freiverantwortlicher Selbstbestimmung in der Lage ist. Vielmehr müssen sie das Profil einer Assistenz besitzen, die den Betroffenen bei der Verwirklichung seiner so weit wie möglich selbstbestimmten Lebensgestaltung auch in der konkreten Situation lediglich unterstützt und nur in Ausnahmesituationen allein vertritt. Dies zu respektieren und zu gewährleisten, ist eine unverzichtbare Aufgabe von Gesundheitsbevollmächtigten oder rechtlichen Betreuern. Weichpaternalistische Sorgehandlungen sollten deshalb nicht nur alle Zwangsmittel meiden, die die Betroffenen beschämen, demütigen oder entwürdigen, sondern auch alles vermeiden, was den Sorgeadressaten schleichend entmündigt, seine vorhandenen Kompetenzen und Ressourcen nachhaltig schädigt, das Selbstvertrauen untergräbt (etwa bei Kindern und Jugendlichen) oder den Erwerb, den Vollzug sowie die Wiedererlangung von Selbstbestimmungskompetenz (so rudimentär diese im Einzelfall auch vorhanden sein mag) behindern könnte.

Die entscheidende Schwelle zwischen weichem und hartem Paternalismus, welche die ersten beiden Fallkonstellationen von der dritten abgrenzt, ist das Vorliegen einer freiverantwortlichen Entscheidung. Deshalb ist zunächst immer sorgfältig zu überprüfen, ob die Willensbestimmung des Betroffenen tatsächlich als freiverantwortlich zu qualifizieren ist oder nicht. Die Verantwortung für den Betroffenen und das professionelle Ringen um sein Wohl gebieten es hierbei, seine Entscheidungsfindung nicht vorschnell als abgeschlossen zu betrachten und seine Ablehnung der Maßnahme nicht ohne gründliche Prüfung als freiverantwortlich anzusehen. Es mag sein, dass eine geplante Intervention zunächst auf (spontane) Ablehnung stößt, dann jedoch Zustimmung erfährt, wenn der Adressat ausreichend Zeit zur Abwägung der erwartbaren Vor- und Nachteile hatte. Umgekehrt müssen auch die Gründe ermittelt und gewürdigt werden, die der Adressat für seine ablehnende Haltung gegenüber der beabsichtigten Handlung geltend macht. Denn wie der Adressat im Lichte seiner Erfahrungen seine Auffassung ändern kann, ist es nie auszuschließen, dass auch der professionell Sorgende seine Handlungsabsichten im Lichte der Gründe, die der Adressat für seine Ablehnung nennt, modifiziert oder gänzlich verwirft.

Eingedenk der hohen Anforderungen an die Sorgfalt professioneller Akteure soll mit den folgenden typologischen Unterscheidungen eine Orientierungshilfe geboten werden, indem die rechtfertigungstheoretisch relevanten Kriterien benannt und diskutiert werden:

Zu a) Eine erste für die Praxis professioneller Sorgebeziehungen wichtige Konstellation zeichnet sich dadurch aus, dass der Sorgeadressat in der konkreten Entscheidungssituation *unzweifelhaft noch nicht, vorübergehend oder dauerhaft nicht oder nicht mehr dazu in der Lage ist*, eine freiverantwortliche Entscheidung zu treffen.

Es besteht weitgehend Einigkeit darüber, dass unter bestimmten Voraussetzungen ein weichpaternalistisches Handeln bei nicht vorhandener Fähigkeit zu freiverantwortlichem Handeln moralisch legitim sein kann. Der Handelnde verfolgt dann das, „was wir für uns tun würden, wenn wir vernünftig wären“.[112] Da über die Vernünftigkeit einer Lebensführung verschiedene Maßstäbe existieren, muss der paternalistisch Handelnde unterstellen, „nach Entwicklung oder Wiedergesundung würde der Betroffene unsere für ihn ergangene Entscheidung

[112] Rawls 1979, 281.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

billigen und anerkennen, dass wir das Beste für ihn getan haben".[113] Damit diese Unterstellung nicht im Bereich bloßer Fiktion verbleibt oder einem verhängnisvollen Irrtum aufsitzt, müssen weichpaternalistische Entscheidungen bestimmte Kriterien erfüllen: Neben dem stets zu erbringenden Nachweis der Notwendigkeit, der Verhältnismäßigkeit und der Effektivität der jeweils ergriffenen Maßnahmen ist es nicht nur erforderlich, dass diese im Blick auf Eingriffstiefe, Eingriffsdauer und den Grad der Reversibilität damit verbundener Beeinträchtigungen das schonendste Mittel zur Erreichung des Zieles darstellen. Der für den Betroffenen zu erwartende Nutzen der Zwangsmaßnahme muss darüber hinaus die für ihn zu erwartenden Nachteile deutlich überwiegen. Dabei darf nicht nur auf das zukünftige, sondern es muss auch auf das aktuelle Wohlergehen des Betroffenen abgestellt werden, das heißt, es müssen dessen aktuelle Wünsche und Bedürfnisse berücksichtigt werden. Das erfordert oftmals schwierige Beurteilungen und Abwägungen. In diese muss maßgeblich die Perspektive der betroffenen Person einbezogen werden. Es muss zudem auch überprüft werden, ob es konkrete Anhaltspunkte in der Biografie der Person dafür gibt, dass sie die ergriffenen Maßnahmen in absehbarer Zukunft tatsächlich billigen kann.[114] Sollte dies bei bestimmten Personen nicht mehr erwartet werden können (etwa bei fortschreitend demenziell erkrankten Menschen), dann müssen weichpaternalistische Entscheidungen wenn möglich jene selbstbestimmten Entscheidungen der Person zum Maßstab nehmen, mit denen sie in ihrer zurückliegenden Lebensgeschichte ihre freiverantwortliche Einstellung zur eigenen Lebensführung markiert hat (biografische Selbstbestimmung[115]).

Zu b) Besondere Beachtung verdient in der Praxis die zweite oben genannte Fallkonstellation. Professionell Sorgende sind immer wieder mit Personen konfrontiert, die zwar grundsätzlich zu freiverantwortlichen Entscheidungen in der Lage sein mögen, bei denen in der aktuellen Situation jedoch begründete Zweifel an der Freiverantwortlichkeit in Bezug auf die konkret anstehende Entscheidung bestehen. In diesen Fällen ist ergänzend zu den oben genannten Kriterien darauf zu achten, dass die grundsätzlich vorhandenen Ressourcen für die selbstbestimmte Lebensführung durch entsprechende Assistenz wenn möglich auch für diese Entscheidungssituation aktiviert werden und jedenfalls nicht durch die Zwangsmaßnahme substanziellen Schaden nehmen. Lässt sich die Unsicherheit über das Vorliegen der Freiverantwortlichkeit nicht auflösen, muss die erforderliche Abwägung der Indizien Pro und Contra ein klares Übergewicht für die Wahrscheinlichkeit ihres Fehlens ergeben.

In diesem Zusammenhang gewinnt die Unterscheidung zwischen „Wohltun" und „Schadensvermeidung" sowie eine Gewichtung von möglichen Schäden Bedeutung. Wenn weichpaternalistische Zwangsmaßnahmen nur unter den genannten Bedingungen angewendet werden dürfen, dann müssen sie auf Maßnahmen zur (weiteren) Schadensvermeidung beschränkt bleiben. Der abzuwendende Schaden muss zudem ein erhebliches Ausmaß besitzen und dazu geeignet sein, die betreffende Person schwer zu gefährden. Dazu gehören zweifellos Notfallsituationen, in denen Handlungen mit hoher Wahrscheinlichkeit zum Verlust des Lebens der sich selbst schädigenden Person führen und nicht ausreichend Zeit ist, die Freiverantwortlichkeit zu prüfen. Eine solche Notfallsituation wäre etwa die Hinderung an einem Suizid, solange nicht sicher ist, dass es sich um einen freiverantwortlichen Suizid handelt. Die Personen in einem solchen Fall auch durch geeignete Zwangsmaßnahmen zu hindern, ist moralisch nicht nur erlaubt, sondern sogar geboten.

Ähnlich unstrittig sind jene Fallkonstellationen, in denen zwar nicht die physische Existenz, wohl aber diejenigen kognitiven, sozialen und affektiven Kompetenzen substanziell gefährdet sind, von denen die zukünftige Fähigkeit des Betroffenen zu selbstbestimmtem Entscheiden und Handeln abhängt. Gerade in solchen Fällen kann sich die Abwendung von Selbstschädigung *im Nachhinein* auch für die gezwungene Person als *Wohltat* erweisen. Bei Selbstschädigungen, die keine existenzielle Gefahr für den Betroffenen und seine zukünftige Selbstbestimmungsfähigkeit mit sich bringen, stellt sich dies anders dar. Ihn von solchen Schädigungen mit den Mitteln des Zwangs abzubringen, könnte selbst andere erhebliche Schäden, zum Beispiel der Selbstachtung („sekundäre Vulnerabilität", siehe Abschnitt 4.1.5), verursachen.

Zu c) In zugespitzter Form begegnet einem diese Problematik bei der dritten Konstellation: Dürfen Zwangsmaßnahmen ergriffen werden, die eine unbezweifelbar *freiverantwortliche Entscheidung* zum Wohl der betroffenen Person zu überwinden trachten?

Dies wären hartpaternalistische Maßnahmen. Sie sind im Rahmen professioneller Sorgebeziehungen nicht legitimierbar. Kern der Würde des Menschen ist seine Selbstzwecklichkeit und damit der Anspruch, weder von Dritten zum bloßen Instrument fremder Zwecksetzung missbraucht, noch in seinem Handeln und in seiner Lebensführung fremdbestimmt zu werden (siehe Abschnitt 4.1.1). Das Recht auf Selbstbestimmung umfasst auch

[113] Ebd., 282.
[114] Vgl. Brumlik 1986, 274 f.
[115] Vgl. Lob-Hüdepohl 2007, 128 f.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

das Recht, selbst solche Unterstützung Dritter zurückzuweisen, die sich zur Sicherung und Förderung des eigenen Wohls als unverzichtbar erweist. Deshalb ist es moralisch legitim, wenn ein Patient freiverantwortlich medizinische Eingriffe verweigert, selbst wenn diese medizinisch indiziert sind und ihre Unterlassung für ihn mit dem Risiko eines gravierenden Schadens oder sogar mit einer Lebensgefahr verbunden ist. Folglich ist es auch für Dritte moralisch geboten, diesen Akt der Selbstbestimmung zu respektieren.

Freilich darf dieser Grundsatz nicht die moralische Brisanz jener Grenzsituationen verkennen lassen, mit denen die Akteure professioneller Sorgebeziehungen immer wieder konfrontiert sind. Solche Grenzsituationen berühren die Essenz zwischenmenschlicher Sorge (siehe Abschnitt 4.1.2) und damit den moralischen Kernbestand professionell geschuldeter Fürsorge. Sie zeichnen sich dadurch aus, dass die aus der freiverantwortlichen Entscheidung resultierende Selbstgefährdung den Kern des Personseins und die eigene Selbstzwecklichkeit des Betroffenen zu zerstören oder doch zu kompromittieren droht. In diesen Grenzfällen stellt sich die Frage, ob und – wenn ja – unter welchen Bedingungen selbst hartpaternalistische Handlungen ausnahmsweise moralisch erlaubt, wenn nicht sogar geboten sein könnten.

Im Folgenden sollen vier Argumente, die professionell Sorgende in außergewöhnlichen Grenzfällen zur Rechtfertigung von hartpaternalistischen Interventionen anführen könnten, auf Stichhaltigkeit geprüft werden:

Erstens das Argument der *moralischen Pflichten des Betroffenen gegen sich selbst*: Hierbei handelt es sich jedoch insofern um ein schwaches Argument zur Rechtfertigung hartpaternalistischer Maßnahmen, als der in der philosophischen Tradition geläufige Topos von den sogenannten Pflichten gegen sich selbst zwar geeignet sein kann, die moralische Unzulässigkeit des selbstschädigenden Handelns des Betroffenen ihm selbst gegenüber auszuweisen. Egal, wie sehr jemand solche Pflichten im Umgang mit sich selbst vernachlässigt, folgt daraus kein Recht Dritter, ihre Befolgung zwangsweise durchzusetzen. Bei den Pflichten gegen sich selbst handelt es sich um Tugendpflichten im Sinne moralischer Selbstverpflichtungen, deren Befolgung jedoch nicht erzwungen werden darf. Sie bilden damit keine ausreichende Basis, um Interventionen Dritter im Fall des eigenen moralischen Versagens zu legitimieren. Insofern überzeugt dieser Verweis als ausreichende Rechtfertigung hartpaternalistischer Handlungen nicht.

Zweitens das Argument der *Gewissensfreiheit*: Ein am Selbsterleben vieler professioneller Akteure ansetzendes Argument rekurriert auf die persönliche Gewissensfreiheit. Danach könne es in der Praxis zu Konfliktsituationen kommen, in denen es der für die Identität der helfenden Berufe wichtige Aspekt der Fürsorge moralisch geradezu gebiete, sich über den aktuellen Willen des sich anderenfalls schwer schädigenden Sorgeadressaten hinwegzusetzen, um so dessen Wohl bestmöglich zu schützen. Ein tatenloses Gewährenlassen des Betroffenen sei in solchen Extremsituationen unzumutbar und führe den professionellen Helfer selbst insofern in große Gewissensnot, als nicht nur das fachlich gebotene Helfenwollen und Helfenkönnen mit der aktuellen Willensbestimmung des Betroffenen konfligiere, sondern auch die Ansprüche von Recht und Moral auf geradezu tragische Weise divergierten. Auch mit Blick auf dieses Argument ist insofern eine Unterscheidung geboten, als die Gewissensfreiheit zwar unstrittig ein wichtiges moralisches (und rechtliches) Gut darstellt, aber zwei sehr verschiedene Interpretationen zulässt, die bezogen auf ihre Wohlbegründetheit klar gegeneinander abzugrenzen sind.

Nach der stärkeren Deutungsvariante soll der Rekurs auf die Gewissenfreiheit dem professionellen Helfer das Recht verleihen, in das Handeln einer dritten Person einzugreifen, wenn deren Tun oder Unterlassen grundlegenden Gewissensüberzeugungen des Helfers widerstreitet. Mit dieser problematischen Sichtweise wird jedoch übersehen, dass Gewissensurteile immer nur für die erste Person Singular gefällt werden können, also nur ein Handeln betreffen, dessen Wirkungen in der eigenen personalen Sphäre des Handelnden verbleiben und folglich keine Rechtfertigung dafür verleihen, in die Sphäre anderer Personen einzudringen. Nach der schwächeren Deutungsvariante markiert die Gewissensfreiheit lediglich ein Abwehrrecht, das den Kern der eigenen moralischen Identität schützt und damit eine letzte Grenze für die Einwirkungen Dritter kennzeichnet, deren Überschreitung in keinem Fall gerechtfertigt sein kann, weil dies die personale Identität des Betroffenen bedrohen würde.

Das Gewissen vermag jedoch keinen Erlaubnistitel für den zwangsweisen Eingriff in die Selbstbestimmung einer anderen Person zu begründen. Wohl aber markiert es umgekehrt mit dem niemals zulässigen *Gewissenszwang* insofern eine absolute Grenze, als niemand dazu gezwungen werden darf, entgegen den für sein eigenes Selbstbild konstitutiven moralischen Regeln zu handeln. Der Kerngehalt recht verstandener Gewissensfreiheit besteht daher in der „Freiheit vom Zwang zur ‚Dekonstruktion der Person'"[116]. Allenfalls kann es unter bestimmten Bedingungen zulässig sein, dass der professionell Sorgende die Sorgebeziehung beendet, also sein Mandat zur Sorge (Arztvertrag o. Ä.) aufkündigt, um seiner Gewissensüberzeugung treu zu bleiben.

[116] Rixen 2014, 79.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Drittens das Argument des *notwendigen Schutzes der Zukunftsperspektive des Betroffenen*: Vor allem im Umgang mit extrem selbstschädigendem oder sogar suizidalem Verhalten spielt ein drittes Argument eine große Rolle, demzufolge es erlaubt sei, sich mit den Mitteln des Zwangs über den aktuellen Willen des Betroffenen hinwegzusetzen, wenn dies die einzige Möglichkeit sei, die mittel- und langfristige (Über-)Lebensperspektive des Betroffenen zu schützen. Ungeachtet seiner intuitiven Plausibilität ist hier jedoch eine weitere Differenzierung erforderlich. Tatsächlich vermag dieses Argument nämlich nicht jede Zwangsmaßnahme zu legitimieren, die rein technisch geeignet wäre, das Überleben und damit die physische Möglichkeit zukünftiger selbstbestimmter Lebensführung des Sorgeadressaten zu sichern. Es sind vielmehr allenfalls solche Formen eines hartpaternalistischen Handelns gerechtfertigt, die etwa im Blick auf ihre kurze Einwirkungsdauer oder geringe Eingriffstiefe in die Persönlichkeit des Betroffenen sekundäre Schadensrisiken möglichst gering halten. Während komplexe, zeitlich gedehnte, in die körperliche Integrität eingreifende medizinische Zwangsbehandlungen von Patienten mit fehlender Kooperationsbereitschaft (*compliance*) auch im Fall lebensbedrohlicher Situationen moralisch nicht zu rechtfertigen sind, können etwa punktuelle Handlungen zur Vereitelung eines Suizidversuchs (wie z. B. das Aus-der-Hand-Schlagen einer Schusswaffe oder das Festhalten des Körpers vor dem Absprung aus großer Höhe etc.) im akuten Notfall, wenn nicht ausreichend Zeit ist zu prüfen, ob die Handlung freiverantwortlich ist, moralisch legitim und möglicherweise sogar geboten sein. Es geht hier letztlich um ein Handeln unter Unsicherheit und damit nicht um die Fallkonstellation c, sondern um die Fallkonstellation b.

Viertens das Argument *menschenwürdiger Lebensführung*: Ein weiterer wichtiger Bezugspunkt zur möglichen Rechtfertigung hartpaternalistischer Maßnahmen ist die Kategorie der menschenwürdigen Lebensführung. Immer dann, wenn sich der Sorgeadressat durch sein selbstschädigendes Handeln in eine Situation bringt, die nach allgemeiner Auffassung eine würdevolle Lebensführung ausschließt, wäre demnach zum Schutz der Würde des Betroffenen ein äußerer Zwang prinzipiell gerechtfertigt. Gegen diese Argumentation spricht die Gefahr eines inflationären Missbrauchs des Würde-Arguments. Auch Vertreter des Arguments menschenwürdiger Lebensführung würden sicher zustimmen, dass die abzuwendende Selbstschädigung so massiv sein müsste, dass sie den Kern des Personseins und die Selbstzwecklichkeit des Betroffenen berührt. Aber ganz abgesehen vom Dissens darüber, was den Kern des Personseins ausmacht (siehe Abschnitt 4.1), wären mit solchen selbstschädigenden Handlungen wohl nicht selten auch begründete Zweifel an der Freiverantwortlichkeit der Person mit Blick auf die gewählte Lebensführung verbunden. Damit wären die in diesem Zusammenhang für professionelle Sorgebeziehungen denkbaren Konfliktfälle wie etwa extreme Verwahrlosungsszenarien oder Fälle von Selbstversklavung gerade keine Beispiele für harten Paternalismus, sondern Fallkonstellationen, in denen Zweifel an der Freiverantwortlichkeit der selbstschädigenden Handlung bestehen, die, wenn sie nicht ausgeräumt werden können, auf weichen Paternalismus verweisen. Die Gefahr einer vorschnellen oder sogar missbräuchlichen Annahme fehlender Freiverantwortlichkeit darf hier indes nicht übersehen werden.

Damit kann festgehalten werden, dass keines der genannten Argumente hinreichende Anhaltspunkte bietet, den Grundsatz der Unzulässigkeit von Maßnahmen wohltätigen Zwangs bei freiverantwortlich handelnden Personen zu relativieren. Es muss hingenommen werden, wenn sich ein Sorgeadressat mit einer freiverantwortlichen Handlung selbst schädigt. Die Beispiele, die in den vier Argumentationsfiguren angeführt werden, zeigen aber, dass in der Praxis oft Zweifel an der Freiverantwortlichkeit bestehen. Damit ist dann die Fallkonstellation b angesprochen, was bedeutet, dass die Zweifel an der Freiverantwortlichkeit expliziert und geprüft werden müssen. Bestätigen sich die Zweifel, handelt es sich nicht um die Problematik eines harten Paternalismus und es ist auf die Rechtfertigungsfigur für weichpaternalistisches Handeln (Fallkonstellation c) zu verweisen. In der Konstellation einer unzweifelhaft freiverantwortlichen Entscheidung in professionellen Sorgebeziehungen ist hartpaternalistischer Zwang hingegen moralisch nicht zu rechtfertigen.

Die Unterscheidung der hier genannten drei Konstellationen führt zu einem *gestuften Entscheidungsverfahren* für die ethische Beurteilung, an dessen Beginn zunächst die Frage stehen muss, ob der Betroffene aktuell zu einer frei verantwortlichen Willensbestimmung in der Lage ist. Sollte das nicht mit ja beantwortet werden können, bedeutet dies keineswegs einen Freibrief für die Anwendung von Zwangsmaßnahmen. Vielmehr gilt, dass auch sogenannte weichpaternalistische Zwänge in dieser Situation nur dann legitim sind, wenn sie die folgenden Kriterien erfüllen:

- Die jeweilige Zwangsmaßnahme muss auf die Entwicklung, Förderung oder Wiederherstellung der selbstbestimmten Lebensführung der betroffenen Person im Rahmen der gegebenen Möglichkeiten und der hierfür elementaren leiblichen und psychischen Voraussetzungen abzielen. Dies gilt auch, wenn die Fähigkeit zum freiverantwortlichen Handeln nicht mehr erreichbar ist.
- Die Zwangsmittel müssen zu diesen Zielen geeignet, erforderlich und angemessen (d. h. im Blick auf Eingriffstiefe und Eingriffsdauer verhältnismäßig) sein.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

- Die Abwehr eines primären Schadens darf nicht unangemessene andere womöglich irreversible Schäden erzeugen („sekundäre Vulnerabilität“).
- Der Schaden darf sich nicht anders abwenden bzw. das Ziel nicht anders erreichen lassen (Ultima Ratio).
- Die jeweilige Maßnahme sollte auf die Zustimmung der adressierten Person stoßen, wäre diese aktuell zu einer freiverantwortlichen Entscheidung fähig.

4.4 Professionsethische Konkretionen

Sorgehandlungen wohltätigen Zwangs sind in gewöhnliche wie außergewöhnliche Beziehungen des alltäglichen Lebens eingebettet. Gewöhnlich sind diese, wenn sie zwischen Personen bestehen, die den Lebensalltag etwa als Familienangehörige, Nachbarn oder Freunde teilen. Außergewöhnlich sind die Beziehungen, wenn sie durch ein professionelles Setting entstehen, in dem die Sorgehandlung wohltätigen Zwangs von einer Person aufgrund deren beruflicher Rolle und Verpflichtung durchgeführt wird und deshalb professionsspezifisch gestaltet und verantwortet werden muss. Nur diese professionellen Sorgebeziehungen thematisiert die vorliegende Stellungnahme. Daher sollen die vorstehenden grundsätzlichen Überlegungen zur Legitimität von Sorgehandlungen wohltätigen Zwangs in einer Ethik professioneller Sorgehandlungen konkretisiert werden.

4.4.1 Sorgebeziehungen

Wohltätiger Zwang ist immer eingebunden in spezifische Sorgebeziehungen: Er soll dem Wohl der Person dienen, für die die Zwang ausübende Person oder die Institution, in deren Namen sie Zwang ausübt, formell oder informell Sorge trägt.

Sorgebeziehungen bestehen zwischen dem oder den Sorgenden und dem Sorgeempfänger bzw. Sorgeadressaten. Allerdings sind sie besonders in den Institutionen des Gesundheits- und Sozialwesens strukturell organisiert, vorgeprägt und in der Regel auch rechtlich normiert. Während die Rede vom Zwang, auch wenn dieser wohltätig sein sollte, eher negativ konnotiert ist, werden mit Sorgebeziehungen überwiegend positive Assoziationen verbunden. Doch auch Sorgebeziehungen sind ambivalent. Sorgende können ihre Gestaltungsmacht mit dem Ziel einsetzen, dem Sorgeadressaten stabilisierende Geborgenheit und ein Gefühl der Zugehörigkeit zu vermitteln, auf denen Selbstachtung und Selbstvertrauen wachsen können – bis hin zur Selbstständigkeit und zur Befähigung selbstbestimmter Lebensgestaltung. Sie können aber auch ein Mittel der Herrschaft sein, mit dem der Sorgende den Sorgeempfänger lenken, manipulieren oder sozial passfähig machen will.

Der Einsatz von wohltätigem Zwang in professionellen Sorgebeziehungen ist oftmals nicht nur von Misstrauen aufseiten der Sorgeempfänger geprägt, sondern spiegelt mitunter auch die negativ konnotierten Wahrnehmungen und Erfahrungen aufseiten professionell sorgender Akteure. Dass diese sich im Einzelfall zum Zwang gegen Sorgeempfänger genötigt sehen, folgt für sie mitunter „zwingend“ aus dem Verhalten der Adressaten, das von den gewohnten, erwünschten, (noch) erträglichen Erwartungen oder Vorstellungen richtiger und sinnvoller Lebensführung in einem Maße abzuweichen scheint, das die Personen in ihrer leiblich-seelischen Integrität nachhaltig gefährdet.

4.4.2 „Abweichendes“ Verhalten und die klassische Konzeption des Doppelmandats sozialer Professionen

Abweichendes Verhalten wird oft mit Delinquenz in Verbindung gebracht, im engeren Sinn des Begriffs also mit strafbarem Handeln. Im Zusammenhang mit Sorgehandlungen wohltätigen Zwangs ist eine solche Verbindung jedoch irreführend. Während Strafrechtsnormen Rechtsgüter Dritter schützen sollen, dienen Sorgehandlungen wohltätigen Zwangs im hier zugrunde gelegten Verständnis dem Schutz des Adressaten vor Selbstgefährdungen.

Dennoch hat der Begriff des abweichenden Verhaltens auch für Sorgehandlungen wohltätigen Zwangs eine gewisse Berechtigung. Die Identifikation von Selbstgefährdungen geschieht immer vor dem Hintergrund bestimmter Vorstellungen über das *eigentliche* Wohl und das entsprechend *eigenwohlorientierte* Handeln, von denen das aktuelle Verhalten des Sorgeadressaten abweicht. So können beispielsweise Therapieverweigerungen den ärztlichen Vorstellungen über das Wohlergehen des Patienten deutlich widersprechen. In ähnlicher Weise können sich Kinder und Jugendliche durch die Art ihrer Lebensführung in eine Gefährdungslage manövrieren, sodass ein Einschreiten geboten erscheint. Wie bei ihnen werden auch bei Menschen mit psychischen Erkrankungen (etwa im psychotischen Zustand) solche Selbstgefährdungen zunehmend als „herausforderndes Verhalten“ bezeichnet, wobei gelegentlich unklar bleibt, worin genau die Herausforderung besteht.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Bis in die Gegenwart wurde – zumindest im Bereich des Sozialwesens und zu Teilen auch im Gesundheitswesen – auf diese Herausforderungen mit Verweis auf das sogenannte Doppelmandat geantwortet. In seinem klassischen Verständnis[117] ist damit gemeint, dass die sorgende Person einerseits durch den Sorgeadressaten und andererseits durch die Allgemeinheit ein jeweils eigenständiges Mandat zum Handeln erhält. Zwischen diesen beiden Mandaten können erhebliche Spannungen bestehen, weil das eine auf Fürsorge der als „Klienten" bezeichneten Sorgeadressaten abzielt, das andere hingegen auf deren Kontrolle.

4.4.3 Wandel im professionellen Selbstverständnis

Das professionelle Selbstverständnis im Sozial- und Gesundheitswesen und mit ihm auch das Verständnis des Doppelmandats haben allerdings in den letzten Jahrzehnten einen tiefgreifenden Wandel erfahren. Spätestens mit dem grundrechtlichen Sozialstaatsgebot und den Sozialgesetzgebungen, die dieses Verfassungsgebot ausdifferenzieren, wurde das Wohlergehen jedes Einzelnen in den Mittelpunkt des staatlich organisierten öffentlichen Gesundheits- und Sozialwesens gerückt. Die Fundamentalnormen des Art. 1 Abs. 1 und Art. 20 Abs. 1 GG binden alle staatlich verantworteten Sorgehandlungen (und damit deren Legitimität) an das Ziel, allen Leistungsberechtigten ein Leben zu ermöglichen, das der Würde des Menschen gerecht wird. Diese geänderte Zielbestimmung wird in § 1 Abs. 1 SGB I ausdrücklich zur Grundnorm des Sozialrechts erhoben, die tiefgreifende Auswirkungen auf das Selbstverständnis sozialer Professionen hat und auch im Trend internationaler Entwicklungen liegt: „Soziale Arbeit", so die deutsche Übersetzung der einschlägigen Grundnorm der International Federation of Social Workers, „fördert als praxisorientierte Profession und wissenschaftliche Disziplin gesellschaftliche Veränderungen, soziale Entwicklungen und den sozialen Zusammenhalt sowie die Stärkung der Autonomie und Selbstbestimmung von Menschen."[118]

Menschenrechte begründen nicht nur Wirtschafts-, Sozial- und Kulturrechte, sondern zugleich persönliche Freiheits- sowie politische Partizipationsrechte, die das Recht jeder Person, höchstpersönlich Subjekt seiner Lebensführung zu sein, schützen und zur Geltung bringen sollen. Deshalb müssen auch soziale Professionen den Primat der Selbstbestimmung beachten. Damit wird die Legitimität von Sorgehandlungen grundsätzlich auch an das Selbstbestimmungsrecht des Sorgeadressaten und darüber an seine Zustimmung zu entsprechenden Interventionen zurückgebunden – es sei denn, die Interventionen sollen vom Sorgeadressaten ausgehende Fremdgefährdungen abwehren.

Soziale Professionen holen das nach, was im Bereich der Medizin seit Langem als informierte Einwilligung (*informed consent*) etabliert ist – zumindest als Konzept und normative Vorgabe. Freilich gibt es in dieser Entwicklung zum Teil erhebliche Ungleichzeitigkeiten – national zwischen den unterschiedlichen Berufsfeldern sowie international zwischen den verschiedenen nationalen rechtlichen Regelungen und/oder berufsständischen Ordnungen.

In Deutschland setzen sowohl die einschlägigen Gesetze als auch die entsprechenden Berufsordnungen bzw. Ethikkodizes der sozialen Professionen die Bereitschaft des Sorgeadressaten zur Mitwirkung in der Regel voraus. Dessen informierte Einwilligung in die Maßnahme wird – wenn überhaupt – stillschweigend angenommen, selten aber ausdrücklich eingeholt.[119] In einzelnen Bereichen des Sozialwesens sind allerdings Mitwirkungsrechte der Sorgeadressaten ausdrücklich festgeschrieben. So sollen im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe die geplanten Maßnahmen gemeinsam mit den betroffenen Minderjährigen und den erziehungsberechtigten Eltern abgesprochen und in sogenannten Jugendhilfeplänen verbindlich vereinbart werden. Eine Intervention gegen den Willen der Eltern muss vom Familiengericht angeordnet werden und ist nur bei einer Gefährdung des Kindeswohls möglich (Art. 6 Abs. 2 GG; § 1666 BGB). Die Einbeziehung von Kindern und Jugendlichen in sie betreffende Maßnahmen ist der Überzeugung geschuldet, dass auch diejenigen, die rechtlich noch nicht wirksam einwilligen können, gemäß ihrer Reife zu beteiligen sind. In diesem Sinne billigen die UN-Kinderrechtskonvention und das deutsche Familienrecht jedem „Kind, das fähig ist, sich eine eigene Meinung zu bilden, das Recht zu, diese Meinung in allen das Kind berührenden Angelegenheiten frei zu äußern", sodass die Meinung des Kindes „angemessen und entsprechend seinem Alter und seiner Reife" Berücksichtigung finden kann (Art. 12 Abs. 1 UN-KRK; vgl. auch § 159 FamFG).

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

[117] Vgl. Lob-Hüdepohl 2013b.
[118] FBTS/DBSH 2016, 2.
[119] Vgl. Albus et al. 2010, 150.

4.4.4 Professionsethische Grundsätze

Innerhalb einer Professionsethik werden allgemeine ethische Grundsätze unter Berücksichtigung der spezifischen Rollenverantwortung professioneller Akteure konkretisiert bzw. zugespitzt. In Bezug auf die Rollenverantwortung stellt sich vor allem die Frage, wie professionelle Akteure allgemeine oder auch bereichsspezifische ethische Grundsätze in ihrer beruflich formatierten Rolle zur Geltung bringen können. Bezogen auf beruflich veranlasste Sorgehandlungen wohltätigen Zwangs stellt sich beispielsweise prominent die Frage, wie die genannten Kriterien, die bestimmte weichpaternalistische Handlungen legitimieren (siehe Abschnitt 4.3), in der beruflichen Praxis erfüllt werden können und wie dies sichergestellt werden kann. Diese Frage ist alles andere als trivial. So ist zwar klar, dass paternalistische Handlungen grundsätzlich nur bei Abwesenheit freiverantwortlicher Entscheidungsfähigkeit moralisch legitim sind; wer diese Abwesenheit im konkreten Einzelfall jedoch feststellen soll und auf welche Weise dies geschehen muss, um als hinreichend valide gelten zu können, scheint hingegen eine weitaus schwierigere Frage zu sein. Von ihrer Beantwortung hängt ab, ob und wie das Wohl des Sorgeadressaten sichergestellt und gefördert werden kann.

Noch komplizierter wird die Beantwortung professionsethischer Fragen wie dieser mit Blick auf das Wechselverhältnis dreier Verantwortungsebenen[120], in die alle professionellen Sorgehandlungen (wie auch der wohltätige Zwang) allein durch ihre institutionellen Bindungen (an eine Klinik, eine stationäre Einrichtung der Alten- und Behindertenhilfe, ein Jugendamt o. Ä.) immer eingebettet sind: Auf der Mikroebene ist es die persönliche Verantwortung des professionellen Akteurs in unmittelbarer Sorgebeziehung zu einem Adressaten. Auf der Mesoebene ist es seine persönliche Verantwortung als Mitakteur in einem Team, das als *systemischer Akteur* gemeinsam die Sorge gestaltet und verantwortet. Auf der Makroebene ist es die korporativ wahrgenommene Verantwortung[121] der Leitungsebene, die neben der Implementierung entsprechender Handlungsleitlinien vor allem auch die institutionellen Rahmenbedingungen verantwortet, innerhalb deren die Organisationsmitglieder ihrer spezifischen Verantwortung auf der Mikro- und Mesoebene nachkommen können. Darüber hinaus sind systembezogen auch die politisch verantwortlichen Akteure, wie etwa der Gesetzgeber, einzubeziehen, die für den ordnungspolitischen Rahmen des Gesundheitssystems und seine spezifischen Allokationsentscheidungen maßgeblich sind. Bleiben diese Wechselbezüge außer Acht, so verstärkt sich das immer wieder beklagte Gefühl der einzelnen Akteure, dass es an realistischen Umsetzungsmöglichkeiten mangele und man ohnmächtig vor den abstrakten Forderungen des puren Sollens stehe und so in eine „Moralfalle“[122] gerate.

Bei allen Unterschieden zwischen der Pflege, der Kinder- und Jugendhilfe und der Medizin ist allen drei Handlungsfeldern gemein, dass eine spezifische *Prozessorientierung* im Vordergrund professionsspezifischer Verantwortlichkeiten steht, die die Beachtung der Legitimationskriterien für Sorgehandlungen des wohltätigen Zwangs und damit ein moralisch akzeptables Ergebnis gewährleisten soll. Im Zentrum der Prozessorientierung steht, die Beteiligung des Sorgeadressaten sowie derjenigen zu gewährleisten, die für ihn sorgerechtlich verantwortlich sind (z. B. der Eltern oder des Vorsorgebevollmächtigten bzw. rechtlichen Betreuers). Dieser Anspruch auf Partizipation umfasst prinzipiell alle Phasen der professionellen Intervention, von der Bewertung der konkreten Lebenslage des Sorgeadressaten über die Klärung möglicher Handlungsoptionen und die Entscheidung für eine bestimmte Intervention bis zu deren Durchführung, Nachbesprechung und Auswertung. Diese möglichst umfassende Beteiligung der Sorgeadressaten ist ein elementarer Baustein für ein Vertrauensverhältnis zwischen Sorgenden und Sorgeadressaten, der die Eintrittswahrscheinlichkeit von Zwangsmaßnahmen, gleich welcher Art, erheblich mindern kann.

Nicht nur aus rechtlicher, sondern auch aus professionsethischer Sicht müssen Maßnahmen wohltätigen Zwangs fachlich indiziert sein. Dies betrifft sowohl die Intervention an sich als auch den Modus ihrer zwangsweisen Durchführung.

Wenn Zwangsmaßnahmen immer nur letztes Mittel sein dürfen, muss ihnen immer der Versuch vorausgehen, den Sorgeadressaten durch Transparenz und Begründungsarbeit von der Notwendigkeit der jeweiligen Intervention zu überzeugen und so eine informierte Einwilligung zu erhalten. Hierbei dürfen Praktikabilitätserwägungen (wie hoher Aufwand, Zeitknappheit usw.) jedoch keine Rolle spielen. Es ist sorgfältig darauf zu achten, dass der Überzeugungsversuch nicht in den Modus des Überredens wechselt oder der reale Entscheidungsspielraum etwa durch Dramatisierung, Vorenthaltung von Informationen über Alternativen oder Ähnliches bewusst eingeschränkt wird. Die letztgenannten Modi bewegen sich – wie in Abschnitt 3.1.2 beschrieben – selbst schon

[120] Vgl. Kaufmann 1992, 66-90; Löwisch 1995, 74-83.
[121] Vgl. Lenk 1993, 132-139; Lob-Hüdepohl 2007, 159 f.
[122] Vgl. Müller 1987, 40.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

innerhalb einer Fallkonstellation des wohltätigen Zwangs. Hier ist eine hohe Sensibilität der professionell Sorgenden erforderlich – insbesondere in jenen Situationen, in denen die Einwilligung nicht aus voller Überzeugung, sondern erst nach langem Abwägen, zurückhaltend oder sogar nur widerstrebend erfolgt.[123]

Ähnlich sensibel gestaltet sich die Feststellung, dass ein Patient oder ein Betroffener keine freiverantwortliche Entscheidung zu treffen im Stande ist. Diese Feststellung ist gleichermaßen hoch bedeutsam wie schwierig. Sie entscheidet nämlich darüber, ob eine Sorgehandlung wohltätigen Zwangs überhaupt legitim sein kann. Im Falle einer lebensbedrohlich an Anorexie erkrankten 25-jährigen Person etwa, die ausdrücklich und immer wieder jede lebensrettende Therapie verweigert, stellt sich die schwierige Frage, ob diese Person noch zu einer freiverantwortlichen Entscheidung in der Lage ist oder ob ihre Erkrankung diese Möglichkeit bereits ausschließt. Denn freiverantwortliches Handeln setzt neben Einsichts- und Urteilsfähigkeit auch die Fähigkeit voraus, nach eigener Einsicht und eigenem Urteil zu handeln. Diese Bedingungen können unter dem Einfluss schwerer Erkrankungen erodieren. Die fehlende Freiverantwortlichkeit muss deshalb in jedem Einzelfall ermittelt werden, auch wenn diese Ermittlung immer mit dem Risiko einer folgenschweren Fehleinschätzung behaftet ist. Gleichwohl gilt: Läge eine freiverantwortliche Entscheidung vor, wären Sorgehandlungen wohltätigen Zwangs nicht zu legitimieren. Nur wenn die Selbstbestimmungsfähigkeit so weit eingeschränkt ist, dass die Freiverantwortlichkeit fehlt, kann eine Zwangstherapie, die die unmittelbare Lebensbedrohung abwendet, im Sinne einer weichpaternalistischen Entscheidung grundsätzlich legitim und sogar geboten sein. In diesen und ähnlichen Fallkonstellationen liegt es in der Verantwortung aller Akteure, die professionellen Entscheidungen über Therapie, Pflege usw. im Zweifelsfall in einem *ethischen Konsil* zu thematisieren, um deren Validität zu erhöhen.

Ebenso bedeutsam und schwierig ist die Feststellung, ob die adressierte Person einer Maßnahme zustimmen würde, wäre sie aktuell zu einer freiverantwortlichen Entscheidung fähig. Wichtige Hilfsmittel, um dies festzustellen, sind vorsorgliche Willensbekundungen, die Auskunft darüber geben, was der Betroffene selbst für eine solche Situation wünscht bzw. ablehnt (z. B. in Form einer Patientenverfügung). Vor allem aber haben die Vertreter des Betroffenen (die Eltern oder andere Sorgeberechtigte, Bevollmächtigte oder rechtliche Betreuer) zu prüfen, ob die Maßnahme bei der adressierten Person auf Zustimmung stoßen würde, wenn sie selbst freiverantwortlich entscheiden könnte. Sie müssen deshalb an der Entscheidung über den Einsatz von Zwangsmaßnahmen beteiligt werden. Aus Sicht der professionell Sorgenden kann diese Kooperation auch eine gewisse Entlastung bedeuten.

Prozessverantwortlichkeiten kann nur nachgekommen werden, wenn die Prozesse *strukturell* abgesichert sind. In vielen Institutionen des Gesundheitswesens sind ethische Beratung und Entscheidungsfindung bereits fest verankert. Im Sozialwesen werden sie erst zögernd etabliert.[124] Die Wahrnehmung der Strukturverantwortung obliegt den Leitungen entsprechender Einrichtungen und nicht zuletzt dem Gesetzgeber, der entsprechende Rahmenregelungen festlegen muss.

Die professionsethischen Konkretionen führen daher zu weiteren, eher verfahrensbezogenen Kriterien für die Legitimation wohltätigen Zwangs:

- Professionelles Sorgehandeln muss fachlichen Qualitätsstandards genügen, das heißt, die jeweilige Handlung muss fachlich angemessen sein. Im Falle von Zwangsmaßnahmen muss auch die zwangsweise Durchführung fachlich angemessen sein. Die Maßnahme und ihre zwangsweise Durchführung müssen also fachlich „doppelt“ gerechtfertigt sein.
- Es muss ausreichend präzise ermittelt werden, ob die adressierte Person *in Bezug auf die betreffende Maßnahme* nicht in der Lage ist, eine freiverantwortliche Entscheidung zu treffen.
- Die in Abschnitt 4.3 genannten zusätzlichen Kriterien (Wohl der betroffenen Person einschließlich deren subjektiver Bewertung, Erforderlichkeit für Wiederherstellung selbstbestimmter Lebensführung, Ultima Ratio, sekundäre Vulnerabilität, prinzipielle nachträgliche Zustimmungsfähigkeit usw.) müssen ausreichend präzise ermittelt und ihre Ermessensspielräume ausgelotet werden.
- Der Betroffene muss als Person ernst genommen und an der Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung der jeweiligen Maßnahme beteiligt werden.
- Bei einem Kind oder Jugendlichen müssen die Eltern oder andere Sorgeberechtigte, bei einem Erwachsenen der Bevollmächtigte oder rechtliche Betreuer an der Entscheidung über den Einsatz von Zwangsmaßnahmen beteiligt werden.

[123] Diese Stratifizierung von Einwilligungsmöglichkeiten wird im Rahmen professionsethischer Reflexionen noch zögerlich diskutiert, ist aber für den Grauzonenbereich zwischen Zustimmung/Einwilligung und Zwang sehr erheblich (vgl. Banks/Gallagher 2009, 149 f.).

[124] Vgl. Lob-Hüdepohl 2017.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

- Die Kriterien müssen verfahrensmäßig umgesetzt und abgesichert werden. Dazu gehören etwa die Anordnung und Überwachung der Zwangsmaßnahme durch eine fachlich qualifizierte und verantwortliche Person und die Dokumentation über die maßgeblichen Gründe für die Zwangsmaßnahme, ihre Durchführung sowie Dauer und Art der Überwachung.

Zu professionsethischen Grundsätzen zählt auch der angemessene Umgang mit moralischen Dilemmata, die sich aus der Perspektive jedes einzelnen professionell Sorgenden zumindest subjektiv stellen können: Die Anwendung von Zwangsmaßnahmen führt professionell Sorgende mitunter selbst dann zu moralischen Skrupeln oder sogar Schuldgefühlen[125], wenn diese im Sinne der entwickelten Kriterien zur Abwendung schwerwiegender Selbstschädigung als Ultima Ratio ethisch (wie rechtlich) legitim oder sogar geboten ist. Denn auch in diesen Fällen handelt es sich um Verantwortungsübernahmen, die als „tragische Entscheidungen“[126] wahrgenommen werden können: Um ein moralisch hohes Gut zu schützen (hier: leibliche Integrität), müssen andere moralisch hohe Güter beeinträchtiget werden – nämlich einerseits der entgegenstehende Wille, der zwar in der konkreten Situation nicht freiverantwortlich, gleichwohl Ausdruck einer situativ vorfindlichen Selbstbestimmung der adressierten Person (natürlicher Wille) ist, und andererseits die psychische Integrität der Person, die oft auch nach der Krisensituation ein bleibendes Trauma durch das Erlebnis von Zwang erfährt.[127] Oder umgekehrt: Der unbedingte Respekt vor der freiverantwortlich selbstbestimmten Lebensführung eines Sorgeadressaten auch in Fällen seiner extremen Selbstgefährdung kann mit jenen normativen Verbindlichkeiten kollidieren, die innerhalb professioneller Sorgebeziehungen auf die Sicherung und Förderung des existenziellen Wohls des Sorgeadressaten abzielen. Wenn sich Sorgetragende daher in extremen Situationen subjektiv dazu gedrängt sehen, ihre fundamentale Verpflichtung zum Respekt vor freiverantwortlichen Entscheidungen zu missachten und solche Selbstbestimmung mit Zwangsmaßnahmen zu überwinden, darf die darin zum Ausdruck kommende Gewissensnot zwar nicht übergangen werden. Gleichwohl lassen sich derartige Zwangsmaßnahmen ethisch nicht rechtfertigen (siehe Abschnitt 4.3). Zudem müssen die Handelnden mit rechtlichen Sanktionen rechnen.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

[125] Vgl. Bonhoeffer 1992, 272-283.
[126] Vgl. Habermas 1982, 86 f.
[127] Vgl. Längle/Bayer 2007; Katsakou et al. 2012; Bergk/Flammer/Steinert 2010; Bergk et al. 2011; Braun 2017, 51 ff.

5 Praxisfelder

5.1 Wohltätiger Zwang in der Psychiatrie

5.1.1 Problemaufriss

Ärzte und Mitglieder anderer Gesundheitsberufe haben ihr professionelles Handeln nicht nur am Wohl ihrer Patienten auszurichten, sondern auch deren Willen zu achten. Weigert sich ein kranker Mensch, sich einer medizinisch notwendigen Behandlung zu unterziehen, dürfen und müssen sich professionell Sorgende zwar um dessen Zustimmung bemühen. Letztlich ist eine freiverantwortliche Entscheidung jedoch zu beachten. Ist der Patient zu einer freiverantwortlichen Entscheidung nicht in der Lage, kann es nicht nur in der Psychiatrie, sondern in allen Bereichen der Medizin zu Situationen kommen, in denen dieser eine Maßnahme ablehnt, die im Hinblick auf sein gesundheitliches Wohl unerlässlich erscheint. Ob in solchen Situationen die zwangsweise Durchführung der fraglichen Maßnahme legitim sein kann, wird insbesondere in der Psychiatrie seit Langem kontrovers diskutiert. Um „wohltätigen" Zwang im Sinne dieser Stellungnahme handelt es sich, wenn die Zwangsmaßnahme verhindern soll, dass ein Mensch mit psychischer Krankheit sich entweder selbst Schaden zufügt oder ihm durch die Ablehnung einer medizinischen Behandlung ein Schaden entsteht. Zwangsmaßnahmen, die dem Schutz Dritter dienen, sind damit nicht gemeint.

Zwischen diesen beiden Zielen wurde oft nicht ausreichend differenziert. Die Geschichte der Psychiatrie ist geprägt von einem ambivalenten, Konflikte provozierenden Handlungsauftrag. Einerseits war und ist sie bemüht, dem einzelnen psychisch kranken Menschen professionelle Hilfe in einer existenziell bedrohlichen Situation zukommen zu lassen. Andererseits hat sie dabei auch immer wieder die Aufgabe übernommen, den Schutz der Allgemeinheit vor sozial herausforderndem oder bedrohlichem Verhalten psychisch Kranker zu gewährleisten.[128] So dienten etwa Zwangsmaßnahmen, die als Mittel zur Behandlung psychischer Agitation eingesetzt wurden, sowohl dem Ziel, den Kranken zu beruhigen und vor sich selbst in Schutz zu nehmen, als auch seine Umwelt vor Schaden zu bewahren.[129] Einige der als Hilfe maskierten Maßnahmen verfolgten eigentlich volkswirtschaftliche oder gar rassenideologische Ziele der „Ausmerzung" psychischer Krankheit. Neben der sich im 19. Jahrhundert allmählich durchsetzenden Vorstellung der Behandlungsbedürftigkeit und Behandlungsfähigkeit psychischer Erkrankungen verbreiteten sich auch eugenische Konzepte, die dann im 20. Jahrhundert zur Zeit der nationalsozialistischen Diktatur in Zwangssterilisationen und schließlich auch systematischen Ermordungen psychisch kranker und geistig behinderter Menschen gipfelten.[130] Die Erinnerung an diese Verbrechen prägt die Diskussion über die psychiatrische Versorgung in Deutschland bis heute.[131]

Nach 1945 setzten sich sozialpsychiatrische Ansätze in der Behandlung psychisch kranker Menschen durch, die das subjektive Erleben der Patienten und ihre Kompetenzen zur Bewältigung der Krankheit in den Mittelpunkt stellen. Zusammen mit Fortschritten in der Entwicklung von Psychopharmaka bahnte dies den Weg für sanftere und effektivere Behandlungsformen. Maßgeblich für die Entwicklung einer humanen und menschenrechtsorientierten Versorgung von psychiatrischen Patienten war in Deutschland der „Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland" der Enquetekommission des Deutschen Bundestages im Jahr 1975.[132] Anlass der Enquete war ein von engagierten Psychiatern schon in den 1960er-Jahren beklagter „nationaler Notstand".[133] Kritisiert wurden dabei „menschenunwürdige, teilweise unmenschliche Zustände".[134] So wies der Zwischenbericht 1973 darauf hin, dass in rund 40 Prozent der Räume in den 130 psychiatrischen Fachkrankenhäusern mehr als zehn Betten standen und für rund 750 Aufnahmen pro Jahr nur je ein Sozialarbeiter und Beschäftigungstherapeut zur Verfügung standen.[135] Auch wenn die Enquetekommission im Wesentlichen strukturelle Empfehlungen für psychiatrische Einrichtungen entwickelte und sich nicht mit den Inhalten psychiatrisch-therapeutischer Arbeit befasste, ist die „Forderung nach einer regionalen gemeindenahen psychiatrischen Versorgung"[136] durch psychiatrische Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern, Tageskliniken und ambulante Dienste bis heute aktuell. Der Kommissionsbericht hat nicht nur umfangreiche strukturelle Veränderungen angestoßen, sondern auch die Voraussetzungen für eine weiter gehende Reform der Psychiatrie von einer verwahrenden zu einer therapeutischen Disziplin geschaffen. In der Folge wurde die Unterbringung und Behandlung

[128] Vgl. Roelcke 2002; Shorter 2003; Porter 2002.
[129] Vgl. Schott/Tölle 2005, 243 ff.; auch Wirth/Schmiedebach 2017.
[130] Vgl. Schmuhl 1992.
[131] Vgl. Roelcke 2010; auch Rotzoll/Hohendorf/Fuchs 2010.
[132] Vgl. Deutscher Bundestag 1975; auch Deutscher Bundestag 1973.
[133] Vgl. Häfner 1965, 118.
[134] Vgl. Finzen 2015, 392.
[135] Vgl. Häfner 2016, 126.
[136] Vgl. Finzen 2015, 392.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

psychisch kranker Menschen erheblich verbessert. Der Aufbau einer gemeindenahen psychiatrischen Versorgung ermöglichte es, die Dauer der stationären Behandlung chronisch Kranker deutlich zu senken.[137] Mit den Rodewischer Thesen aus dem Jahr 1963 und deren Ergänzung durch die Brandenburger Thesen aus dem Jahr 1974 begannen Diskussionen um eine Reform der Psychiatrie in der DDR früher als in der BRD.[138] Diese haben jedoch von modellhaften Einrichtungen abgesehen keine ähnlich nachhaltigen Auswirkungen auf die psychiatrische Versorgung in der DDR gehabt wie die Enquetekommission auf die psychiatrische Versorgung in der BRD.[139] Die „traditionelle Anstaltspsychiatrie" in der DDR wurde deshalb in weiten Teilen erst nach der Wende reformiert.[140] Die Geschichte der deutschen Psychiatrie lässt sich daher zu einem guten Teil im Sinne eines Wandels von der fremdbestimmten Verwahrung und Isolation „unmündiger" Menschen in Richtung einer „offenen Psychiatrie" rekonstruieren, die von der Vorstellung einer dynamischen, entwicklungsfähigen Persönlichkeit ausgeht und sich um die Sicherstellung von möglichst weitgehender Selbstbestimmung und Lebensqualität bemüht.[141]

Die Psychiatrie bleibt indes weiterhin mit dem schwierigen Problem konfrontiert, dem Anspruch psychisch Kranker auf menschenwürdige Behandlung und auf Schutz vor unfreiwillig selbstschädigendem Verhalten gerecht zu werden. Dazu werden bis heute auch Zwangsmaßnahmen eingesetzt. Sie reichen von der unfreiwilligen stationären Aufnahme über Isolierung und Fixierung bis zu Zwangsbehandlungen mit Medikamenten oder Elektrokrampftherapie.[142] Dabei handelt es sich um gravierende Eingriffe in die Selbstbestimmung und die körperliche und psychische Integrität der Person (siehe Abschnitt 4.1.1). Die kritische fachliche und ethische Reflexion des Einsatzes derartiger Zwangsmaßnahmen stellt daher eine wichtige Aufgabe der modernen Psychiatrie dar und ist immer wieder auch Gegenstand der öffentlichen Debatte.

Psychische Erkrankungen wie Schizophrenie oder schwere Depression schränken nicht selten die Fähigkeit des Patienten ein, freiverantwortlich zu entscheiden. Sie können Wahrnehmung, Denken, Fühlen, Antrieb und Verhalten unter Umständen so sehr beeinträchtigen, dass ein psychisch kranker Mensch nicht in der Lage ist, in einer konkreten Situation deren Tragweite und Bedeutung zu verstehen, sich darüber ein eigenes Urteil zu bilden oder danach zu handeln. Aus Sicht der Psychiatrie erscheinen Zwangsmaßnahmen dann als notwendig, wenn infolge krankheitsbedingter Krisen die Wahrnehmung der Realität verzerrt ist und Handlungsimpulse auftreten, die mit einem hohen Risiko dauerhafter und gravierender Selbstschädigung, bis hin zur Selbsttötung, verbunden sind. Depressionen, Angstzustände und Schizophrenie gehen mit einer deutlich erhöhten Rate von Suizidhandlungen einher.[143] Handlungsimpulse können dabei entweder vom Patienten nicht willentlich kontrolliert werden oder sie sind flüchtige Eingebungen, die den Willensäußerungen des Patienten vor und nach der krankheitsbedingten Krise nicht entsprechen.

Aus professioneller Perspektive gilt, dass in diesen Fällen eine Behandlung unter Umständen auch gegen den aktuell geäußerten, natürlichen Willen des Patienten erfolgen sollte, insbesondere dann, wenn dessen Leben in Gefahr ist. Psychiater halten daher wohl eine Minimierung von Zwangsbehandlungen und anderen Zwangsmaßnahmen für möglich, nicht aber einen völligen Verzicht darauf.[144]

Problematisch ist allerdings, dass Patienten derartige Zwangsmaßnahmen als beängstigend oder gar traumatisierend erleben können; von manchen werden sie auch als Unrecht oder als entwürdigend empfunden (siehe Abschnitt 5.1.4).[145] Der mögliche langfristige Nutzen in Form einer Minderung der Symptome der psychischen Erkrankung wiegt aus Sicht dieser Patienten – auch in der Rückschau – den aktuellen seelischen Schaden bzw. die als entwürdigend erlebte Behandlung nicht auf.[146]

Eine vehement geführte Kontroverse über diese Frage entzündete sich an einem Bericht des UN-Sonderberichterstatters Juan Méndez vom 1. Februar 2013, der jede Form von Zwangsbehandlungen in der Psychiatrie als Folter einstufte und entsprechende rechtliche Verbote durch die Mitgliedstaaten forderte. Im Bericht wurden

[137] In den alten Bundesländern ist die Zahl der belegten psychiatrischen Krankenhausbetten zwischen 1975 und 2011 von 115.857 auf 41.219 zurückgegangen, die durchschnittliche Verweildauer sank im gleichen Zeitraum von 226,5 auf 22,9 Tage (Häfner 2016, 139).
[138] Vgl. Kumbier/Haack/Steinberg 2013.
[139] Vgl. Kumbier/Steinberg 2018.
[140] Vgl. Kumbier/Haack/Steinberg 2013.
[141] Vgl. Gruber et al. 2018.
[142] Vgl. Henking/Vollmann 2015; Besse et al. 2017.
[143] Vgl. Singhal et al. 2014. Übersichtsarbeiten weisen für Borderline-Störungen, Depression, bipolare Störungen und Schizophrenie ein um mehr als das Zehnfache erhöhtes Suizidrisiko aus (vgl. z. B. Chesney/Goodwin/Fazel 2014, 158). Auch Essstörungen können durch chronische Mangelernährung Körperfunktionen irreversibel schädigen. So ist die standardisierte Mortalitätsrate von Patienten mit Anorexia nervosa mehr als fünfmal höher als die der allgemeinen Bevölkerung (vgl. Fichter/Quadflieg 2016, 398).
[144] Vgl. DGPPN 2014; ZEKO 2013.
[145] Erfolgt die Behandlung im Rahmen eines Home-Treatments wird sie in der Regel von Patienten wie von Angehörigen besser akzeptiert als die stationäre Behandlung (vgl. Berhe et al. 2005).
[146] Vgl. Thaler 2016; Lehmann 2013.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Zwangseingriffe in der Psychiatrie, insoweit sie schwere Schmerzen und Leiden zufügen, als Verstoß gegen „the absolute prohibition of torture and cruel, inhuman and degrading treatment“ gewertet.[147] Viele Psychiatrieerfahrene berufen sich seitdem auf diesen Bericht und fordern ein kategorisches Verbot von Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie.[148] Psychiatrische Fachverbände halten dagegen Zwangsmaßnahmen unter bestimmten Bedingungen für therapeutisch sinnvoll und im Interesse des Patienten für geboten.[149] Sie warnen vor einem kategorischen Verbot von Zwangsmaßnahmen, weil viele Patienten sonst eine aus Sicht der Psychiatrie notwendige Behandlung nicht mehr erhalten könnten. Diese Sicht wurde durch die Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts vom 26. Juli 2016[150] und vom 24. Juli 2018[151] gestärkt. Danach stellt eine Zwangsbehandlung oder eine Fixierung gegen den aktuellen natürlichen Willen auch bei einwilligungsunfähigen Patienten zwar einen gravierenden Eingriff in das Selbstbestimmungsrecht dieses Patienten dar; das Bundesverfassungsgericht hält jedoch derartige Zwangsmaßnahmen bei Gefahr für das Leben oder schweren irreversiblen Gesundheitsschäden zum Schutz des Betroffenen unter sehr engen Voraussetzungen für zulässig und sogar für geboten (siehe Abschnitte 4.2 und 5.1.3).

Diese Kontroverse verdeutlicht, wie notwendig eine differenzierte ethische und rechtliche Beurteilung von Zwangsmaßnahmen in der Versorgung von Menschen mit psychischer Erkrankung ist. Zweifellos umfasst die Geschichte der Psychiatrie, wie bereits erwähnt, bis in die 1970er-Jahre hinein auch Menschenrechtsverletzungen. Diese wurden nicht zuletzt in der „Psychiatrie-Enquete“ benannt und kritisiert. Die heutige Psychiatrie hat dagegen den Anspruch, eine humane und menschenrechtskonforme Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen sicherzustellen. Die Tatsache, dass viele psychiatrieerfahrene Personen Zwangsmaßnahmen als grausame, unmenschliche oder entwürdigende Behandlung erlebt haben, muss indes ernst genommen und in Konzepten zum Umgang mit Zwangsmaßnahmen, die dem Wohl des Patienten dienen sollen, berücksichtigt werden.

5.1.2 Formen wohltätigen Zwangs

Zwangsmaßnahmen sind alle Maßnahmen, die den direkt oder indirekt geäußerten Willen der adressierten Person überwinden. Um wohltätigen Zwang handelt es sich, wenn die Zwangsmaßnahme verhindern soll, dass die adressierte Person sich selbst Schaden zufügt (siehe Kapitel 3).

Grundsätzlich kann man in der Psychiatrie zwischen zwei Arten von Zwangsmaßnahmen unterscheiden: erstens freiheitsbeschränkende bzw. freiheitsentziehende Maßnahmen, wozu Maßnahmen zur Einschränkung bis hin zur völligen Aufhebung der Bewegungsfreiheit zum Beispiel durch Zwangsunterbringung oder Fixierung gehören, und zweitens Maßnahmen zur medizinischen Behandlung und Versorgung wie eine diagnostische Untersuchung, Medikation, Elektrokrampftherapie oder Ernährung, die gegen den Willen des Patienten angewandt werden. Letztere werden meist kurz als „Zwangsbehandlung“ bezeichnet.

Zwangsunterbringung ist die Einweisung einer Person gegen ihren Willen in eine psychiatrische Klinik oder in eine andere Einrichtung. Die Person wird dabei in ihrer Bewegung räumlich auf den Bereich der Einrichtung beschränkt, indem sie daran gehindert wird, die Klinik oder einen bestimmten Ort in der Klinik (z. B. eine Station) zu verlassen. Dies kann durch Unterbringung in einem abgeschlossenen Raum (sogenannte Isolierung) oder mithilfe technischer Mittel wie Alarmsignalen und Ortungssystemen realisiert werden. Die Bewegungsfreiheit des Patienten kann aber auch durch andere freiheitsentziehende Zwangsmaßnahmen aufgehoben werden, zum Beispiel mit mechanischen Mitteln wie Fixierung mit Gurten, Bettgittern oder Ähnlichem, körperlichen Techniken wie Festhalten oder durch die Verabreichung von Medikamenten („medikamentöse Freiheitsentziehung“).

Zwangsbehandlung umfasst die Durchführung von diagnostischen Maßnahmen (z. B. Blutentnahmen), die Verabreichung von Medikamenten (z. B. Depotspritzen), die Anwendung von Elektrokrampftherapie oder die Ernährung gegen den Willen des Patienten. Dabei kann das Ziel die Behandlung der psychiatrischen Krankheit oder einer begleitenden anderen Erkrankung sein.[152]

147 UNHRC 2013, 15.
148 Vgl. BPE 2007.
149 Vgl. APA/WPA 2013.
150 BVerfGE 142, 313; vgl. schon BVerfGE 128, 282 (zur Zwangsbehandlung).
151 BVerfG, NJW 2018, 2619 (zur Fixierung); vgl. schon BVerfGE 58, 208 (zur freiheitsentziehenden Unterbringung).
152 Vgl. DGPPN 2014, 1424 ff.; Adorjan et al. 2017, 802 f.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

5.1.3 Aktuelle Rechtslage

Die Rechtsgrundlagen für Zwangsmaßnahmen zum Wohl psychisch kranker Menschen finden sich im sogenannten Erwachsenenschutzrecht.[153] Dazu gehört zunächst das bundesrechtlich im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) geregelte Betreuungsrecht, das die Fürsorge durch Vorsorgebevollmächtigte und durch rechtliche Betreuer umfasst. Das Betreuungsrecht dient ausschließlich dem Schutz des Betroffenen vor sich selbst und ist daher von vornherein auf wohltätigen Zwang im Sinne dieser Stellungnahme fokussiert.

Daneben sind die Unterbringungsgesetze bzw. Psychisch-Kranken-Gesetze bzw. Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetze der Bundesländer zu beachten. Sie haben einen polizeirechtlichen Ursprung und dienen auch heute noch dem Schutz Dritter. Allerdings sind diese Landesgesetze heute Teil der öffentlichen Gesundheitsfürsorge für psychisch kranke Menschen und sollen ihnen Hilfe und Schutz bieten, also nicht nur die Allgemeinheit vor den von ihnen ausgehenden Gefahren schützen. Dementsprechend enthalten viele Landesgesetze einen Anspruch psychisch kranker Menschen auf ärztliche Behandlung und erlauben die öffentlich-rechtliche Unterbringung und die Zwangsbehandlung nicht nur zum Schutz Dritter, sondern auch zum Schutz der Kranken selbst, insbesondere in akuten Krisen.[154] Im Folgenden werden daher neben dem Betreuungsrecht auch diese Landesgesetze beleuchtet, soweit sie Zwangsmaßnahmen zum Schutz des psychisch kranken Menschen vor einer Selbstgefährdung enthalten. Das Verfahren und damit auch der Rechtsschutz sind für das Betreuungsrecht und für die Landesgesetze einheitlich im Familienverfahrensgesetz (FamFG)[155] geregelt.

Diese Rechtsgrundlagen für Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie sind in den letzten Jahren aus grund- und menschenrechtlicher Sicht mehrfach infrage gestellt worden (siehe Abschnitt 4.2). Der deutsche Gesetzgeber hat daraufhin mit der Reform der einschlägigen Bundes- und Ländergesetze begonnen; dieser Prozess ist noch nicht abgeschlossen. Die Umsetzung der bereits verabschiedeten Reformen in der Rechtspraxis hat ebenfalls erst begonnen. Die Rechtslage ist daher derzeit stark in Bewegung.

Einfluss der Grund- und Menschenrechte

Neben den Vorgaben des Grundgesetzes sind auf der völkerrechtlichen Ebene die einschlägigen Menschenrechtskonventionen zu beachten, namentlich die bereits erwähnte Europäische Menschenrechtskonvention und die UN-Behindertenrechtskonvention sowie auch die Biomedizinkonvention[156] des Europarats, der UN-Zivilpakt[157] und der UN-Sozialpakt[158].

Aus grund- und menschenrechtlicher Perspektive stand zunächst die freiheitsentziehende Unterbringung im Mittelpunkt. In der letzten Zeit sind jedoch zunehmend auch die verschiedenen Formen der Zwangsbehandlung und andere freiheitsentziehende Maßnahmen thematisiert worden.

Das Grundgesetz schützt die Fortbewegungsfreiheit, die körperliche Integrität und das Selbstbestimmungsrecht des Patienten als Grundrechte (Art. 2 Abs. 2 Satz 2, Art. 2 Abs. 2 Satz 1 und Art. 2 Abs. 1 GG). Die Freiheitsentziehung, das heißt der völlige Entzug der Fortbewegungsfreiheit, durch den Staat oder durch private Dritte unterliegt – im Gegensatz zu bloßen Freiheitsbeschränkungen – besonderen verfahrensrechtlichen Sicherungen (Art. 104 Abs. 2 GG). Die grundrechtlichen Vorgaben für freiheitsentziehende Maßnahmen und für Zwangsbehandlungen sind maßgeblich durch das Bundesverfassungsgericht entwickelt worden. Dabei stand gerade die Behandlung psychisch kranker Menschen im Fokus. Danach stellen die freiheitsentziehende Unterbringung, andere freiheitsentziehende Maßnahmen wie zum Beispiel eine Fixierung oder eine ärztliche Zwangsbehandlung gegen den aktuellen natürlichen Willen bei einwilligungsunfähigen Menschen zwar gravierende Eingriffe in das Selbstbestimmungsrecht dar; sie sind aber nicht generell unzulässig, sondern können vielmehr unter engen Voraussetzungen zulässig und im Interesse des Betroffenen zum Schutz vor einer gravierenden Selbstgefährdung sogar grund- und menschenrechtlich geboten sein (siehe Abschnitt 4.2).

Auf europäischer Ebene erlauben Art. 5 EMRK die freiheitsentziehende Unterbringung und Art. 7 der Biomedizinkonvention die Behandlung von Personen, die an einer schweren psychischen Störung leiden, auch ohne ihre Einwilligung, wenn ihnen andernfalls ein ernster gesundheitlicher Schaden droht und sofern Aufsichts-,

---

153 Vgl. Lipp 2013.
154 Vgl. Marschner, in: Marschner/Volckart/Lesting 2010, Teil A Rn. 10, Teil B Rn. 1 ff.
155 Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit, eingeführt durch das Gesetz vom 17. Dezember 2008 (BGBl. I, 2586, 2587), zuletzt geändert durch Art. 7 des Gesetzes vom 20. Juli 2017 (BGBl. I, 2780).
156 Übereinkommen zum Schutz der Menschenrechte und der Menschenwürde im Hinblick auf die Anwendung von Biologie und Medizin vom 4. April 1997.
157 Internationaler Pakt über bürgerliche und politische Rechte (IPbpR) vom 19. Dezember 1966.
158 Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (IPwskR) vom 19. Dezember 1966.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Kontroll- und Rechtsmittelverfahren gewährleistet sind. Da Deutschland der Biomedizinkonvention nicht beigetreten ist, sind für die Zwangsbehandlung die Vorgaben in Art. 8 EMRK (zum Schutz des Privatlebens) und Art. 2 EMRK (zum Recht auf Leben) maßgeblich. Der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte hat diese Anforderungen in seiner Rechtsprechung weiter konkretisiert.[159]

International werden Zwangsmaßnahmen heute vor allem mit Blick auf die UN-Behindertenrechtskonvention diskutiert. Sie befasst sich spezifisch mit Menschen mit *chronischen* psychischen Erkrankungen und adressiert in Art. 1 Abs. 2 UN-BRK alle „Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können“. Diese Personen stehen nach der Zweckbestimmung der UN-Behindertenrechtskonvention unter dem Schutz der Konvention (Art. 1 Abs. 1 UN-BRK) und haben Anspruch auf „den vollen und gleichberechtigten Genuss aller Menschenrechte und Grundfreiheiten“. Dazu konkretisiert und ergänzt die UN-Behindertenrechtskonvention die allgemeine Menschenrechtskonvention des UN-Zivilpakts. Nach Art. 12 Abs. 2 UN-BRK genießen behinderte wie alle anderen Menschen „Rechts- und Handlungsfähigkeit“ (vgl. Art. 16 IPbpR). Vertragsstaaten müssen Sicherungen treffen, die gewährleisten, „dass bei den Maßnahmen betreffend die Ausübung der Rechts- und Handlungsfähigkeit die Rechte, der Wille und die Präferenzen der betreffenden Person geachtet werden, es nicht zu Interessenkonflikten und missbräuchlicher Einflussnahme kommt, dass die Maßnahmen verhältnismäßig und auf die Umstände der Person zugeschnitten sind, dass sie von möglichst kurzer Dauer sind und dass sie einer regelmäßigen Überprüfung durch eine zuständige, unabhängige und unparteiische Behörde oder gerichtliche Stelle unterliegen. Die Sicherungen müssen im Hinblick auf das Ausmaß, in dem diese Maßnahmen die Rechte und Interessen der Person berühren, verhältnismäßig sein“ (Art. 12 Abs. 4 UN-BRK). Darüber hinaus schützt Art. 14 UN-BRK die Fortbewegungsfreiheit (ebenso Art. 9 IPbpR und Art. 5 EMRK). Dies stellt besondere Bedingungen für die Legitimation einer psychiatrischen Zwangsmaßnahme bei chronisch psychisch erkrankten Personen.

Psychiatrieerfahrene beziehen sich mit ihrer Forderung nach einem Verbot von Zwangsbehandlungen in erster Linie auf das Verbot der Folter und grausamer, inhumaner oder erniedrigender Behandlung oder Strafen durch Art. 7 Satz 1 IPbpR und andere Menschenrechtskonventionen (vgl. Art. 3 EMRK; Art. 15 UN-BRK; Art. 1 und 2 der UN-Antifolterkonvention[160]). Allerdings kann dieses Verbot nicht kategorisch alle Zwangsmaßnahmen in der psychiatrischen Versorgung psychisch kranker Menschen untersagen. Wenn eine Person mit einer psychischen Erkrankung eine medikamentöse Behandlung ablehnt, die nach sorgfältiger Prüfung auch unter der Bedingung ihrer zwangsweisen Durchführung medizinisch eindeutig indiziert ist, sie die Folgen der Behandlungsverweigerung krankheitsbedingt nicht verstehen oder beurteilen kann, zudem erfolglos alles unternommen worden ist, um sie von der Behandlungsnotwendigkeit zu überzeugen, und die Krankheit und die Behandlungsverweigerung ein großes Exklusionsrisiko für sie darstellen und ihr langfristig kein selbstbestimmtes Leben ermöglichen, stellt eine Zwangsbehandlung keine grausame, inhumane oder erniedrigende Behandlung im Sinne des Folterverbots des Art. 7 Satz 1 IPbpR dar und verletzt nicht die Menschenrechte des Betroffenen.

Hier spielen das Recht auf medizinische Behandlung in Art. 12 Abs. 2 lit. d IPwskR und Art. 25 UN-BRK und die Pflicht des Staates zum Schutz des Rechts auf Leben aus Art. 6 Abs. 1 IPbpR, Art. 10 UN-BRK und Art. 3 EMRK eine Rolle. Ein generelles Verbot von psychiatrischen Zwangsmaßnahmen würde zur Vernachlässigung und Verelendung von Personen mit psychischen Störungen führen. Damit würden die Staaten ihren menschenrechtlichen Verpflichtungen nicht gerecht. Die UN-Behindertenrechtskonvention verpflichtet die Vertragsstaaten, alle wirksamen und angemessenen Maßnahmen zu ergreifen, die notwendig sind, um behinderte Menschen zu befähigen, maximale Unabhängigkeit sowie Inklusion und Partizipation in allen Aspekten des Lebens zu erreichen (Art. 26 UN-BRK). Kann ein Betroffener keinen freiverantwortlichen Willen in Bezug auf den Umgang mit seiner Krankheit bilden, weil er krankheitsbedingt nicht in der Lage ist, die Notwendigkeit einer Behandlung zu erkennen oder nach dieser Einsicht zu handeln, folgt aus dem grund- und menschenrechtlich gewährleisteten Recht auf Leben und Gesundheit bzw. dem Recht auf medizinische Behandlung eine Schutzpflicht zugunsten des Lebens und der Gesundheit des Betroffenen, wie auch das Bundesverfassungsgericht und der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte festgestellt haben.[161] Damit ist die psychiatrische Versorgung in der Pflicht.

---

[159] Zu den menschenrechtlichen Vorgaben der Europäischen Menschenrechtskonvention für die ärztliche Behandlung vgl. EGMR, NJW 2015, 2715 (Lambert gegen Frankreich); EGMR, NJW 2015, 2635 (Câmpeanu gegen Rumänien); EGMR, NJW 2011, 3773 (Haas gegen Schweiz); EGMR, NJW 2002, 2851 (Pretty gegen Vereinigtes Königreich); EGMR, Urteil vom 05.12.2013 – 45076/05 (Arskaya gegen Ukraine).

[160] Übereinkommen gegen Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe vom 10. Dezember 1984.

[161] BVerfGE 142, 313; EGMR, NJW 2015, 2635 (Câmpeanu gegen Rumänien); siehe Abschnitt 4.2.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Zusammenfassend ergibt sich mit Blick auf die Grund- und Menschenrechte psychisch erkrankter Menschen folgendes Bild: Menschen mit psychischer Erkrankung haben wie alle anderen Kranken ein Recht auf angemessene medizinische Versorgung mit dem Ziel, ihr Leid zu mindern und ihre Gesundheit wiederherzustellen. Dabei ist ein diskriminierungsfreier Zugang zu einer dem wissenschaftlichen Sachstand entsprechenden psychiatrischen Versorgung sicherzustellen. Zur Wiederherstellung der Gesundheit oder zur Leidensminderung können unter Umständen auch Zwangsmaßnahmen geboten sein, wenn die betroffene Person selbst nicht mehr in der Lage ist, die Notwendigkeit einer Behandlung zu erkennen oder nach dieser Einsicht zu handeln, und keine anderen Alternativen zur Verfügung stehen. Der Staat ist jedoch aufgefordert, über gesetzliche Schutzmaßnahmen jeden Missbrauch von psychiatrischen Zwangsmaßnahmen zu verhindern und diese auf das absolut unverzichtbare Maß einzuschränken. Dazu gehören unter anderem die Dokumentation der Zwangsmaßnahmen und ihrer Durchsetzung, der maßgeblichen Gründe und der Wirkungsüberwachung sowie ein wirksamer gerichtlicher Rechtsschutz. Zum anderen sollen die Möglichkeiten der medizinischen und sozialen Unterstützung und der Selbsthilfe gefördert werden, die geeignet sind, der Notwendigkeit von psychiatrischen Zwangsmaßnahmen vorzubeugen und Personen mit psychisch-sozialen Beeinträchtigungen ein selbstbestimmtes Leben inmitten der Gesellschaft zu ermöglichen.

Jüngste Reformen in Deutschland

Für die freiheitsentziehende Unterbringung tragen die gesetzlichen Regelungen im Betreuungsrecht und in den Gesetzen der Bundesländer diesen grund- und menschenrechtlichen Vorgaben bereits seit Längerem Rechnung. Für andere freiheitsentziehende Maßnahmen hat das Bundesverfassungsgericht jüngst Korrekturen in den Landesgesetzen gefordert.[162] Die Entscheidung könnte indes auch eine Überarbeitung der betreuungsrechtlichen Regelung für freiheitsentziehende Maßnahmen in § 1906 Abs. 4 BGB erforderlich machen.

Auf betreuungsrechtlicher Grundlage ist eine freiheitsbeschränkende oder freiheitsentziehende Maßnahme nur mit Einwilligung des Bevollmächtigten oder rechtlichen Betreuers zulässig. Sie setzt voraus, dass der Betroffene einsichts- oder urteilsunfähig ist, er sich selbst erheblich gefährdet und diese Selbstgefährdung durch kein anderes, milderes Mittel abgewendet werden kann. Soll der Betroffene in einer Einrichtung freiheitsentziehend untergebracht oder soll ihm auf andere Weise regelmäßig oder über einen längeren Zeitraum die Freiheit entzogen werden, ist dafür – außer in Eilfällen – eine gerichtliche Genehmigung nach Einholung eines Sachverständigengutachtens erforderlich (§ 1906 BGB). Umstritten ist, wieweit dabei der früher erklärte oder mutmaßliche Wille des Betroffenen zu beachten ist, wie das die Grundnorm für Sorgehandlungen des rechtlichen Betreuers in § 1901 Abs. 3 BGB und die entsprechende vertragsrechtliche Vorgabe für den Vorsorgebevollmächtigten bzw. die gesetzliche Regelung für ärztliche Zwangsmaßnahmen in § 1906a Abs. 1 Nr. 3 BGB vorsehen.[163]

Die landesrechtlichen Unterbringungs- bzw. Psychisch-Kranken-Gesetze ermöglichen die freiheitsentziehende Unterbringung zum Schutz Dritter, daneben aber auch zum Schutz des psychisch kranken Menschen selbst, wenn dieser sich unmittelbar selbst erheblich gefährdet und die Gefahr nicht anders abgewendet werden kann (Krisenintervention). Diese sogenannte öffentlich-rechtliche Unterbringung wird von der zuständigen Verwaltungsbehörde veranlasst und muss vom Betreuungsgericht nach Einholung eines Sachverständigengutachtens genehmigt werden. Die Landesgesetze regeln darüber hinaus die Anwendung anderer freiheitsentziehender Maßnahmen im Rahmen dieser Unterbringung. Die Bestimmungen in den einzelnen Landesgesetzen sind jedoch zum Teil sehr unterschiedlich.

Nach allgemeinen Grundsätzen kann eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder ein ärztlicher Eingriff nur mit der Einwilligung des angemessen aufgeklärten Patienten und ohne dessen Einwilligung nur mit Zustimmung des Bevollmächtigten bzw. rechtlichen Betreuers oder in Notfällen auf Grundlage des mutmaßlichen Patientenwillens durchgeführt werden (§ 630d Abs. 1 BGB). Ärzte sind dabei zivilrechtlich (§ 630f BGB) und berufsrechtlich (§ 10 MBO-Ä[164]) verpflichtet, alle für die Behandlung wesentlichen Maßnahmen und Ergebnisse zu dokumentieren.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

[162] BVerfG, NJW 2018, 2619.
[163] Dazu Brosey 2009, 135 ff., 149 ff.; Lipp/Güttler 2017, 95.
[164] (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte in der Fassung der Beschlüsse des 121. Deutschen Ärztetages 2018 in Erfurt.

Im Hinblick auf die besondere Konstellation der Zwangsbehandlung gegen den natürlichen Willen des Patienten genügte allerdings keines der Anfang dieses Jahrzehnts existierenden Gesetze diesen grund- und menschenrechtlichen Anforderungen, wie das Bundesverfassungsgericht, der Bundesgerichtshof und andere Gerichte festgestellt haben.[165]

Daraufhin regelte der Bundesgesetzgeber die Zwangsbehandlung auf betreuungsrechtlicher Grundlage zum 26. Februar 2013.[166] Das Gesetz ermöglichte die Zwangsbehandlung eines Patienten, der zur Behandlung nach Betreuungsrecht freiheitsentziehend untergebracht war (§ 1906 Abs. 3 BGB a. F.). Diese Verknüpfung mit der freiheitsentziehenden Unterbringung verwarf das Bundesverfassungsgericht[167], weil dadurch die Zwangsbehandlung eines gleichermaßen behandlungsbedürftigen, aber immobilen Patienten von vornherein ausgeschlossen wurde.[168] Damit verletze der Staat seine grund- und menschenrechtlich begründete Pflicht, auch diese Patienten vor gravierender Selbstgefährdung zu schützen. Der Gesetzgeber hat daraufhin diese Fälle mit einbezogen.[169] Die Zwangsbehandlung setzt nun keine freiheitsentziehende Unterbringung voraus, sondern erfordert, dass sich der Patient im Rahmen eines stationären Aufenthalts in einem Krankenhaus befindet bzw. dorthin gebracht worden ist, in dem seine gebotene medizinische Versorgung einschließlich einer erforderlichen Nachbehandlung sichergestellt ist. Dort kann eine zwangsweise Behandlung außer in Notfällen nur mit Zustimmung des Patientenvertreters, das heißt seines Bevollmächtigten oder Betreuers, und mit Genehmigung des Betreuungsgerichts durchgeführt werden. Voraussetzung ist, dass der Patient nicht einwilligungsfähig ist, Arzt und Patientenvertreter vergeblich versucht haben, seine freiwillige Zustimmung zu erreichen, die Behandlung auch mit Zwang medizinisch indiziert und notwendig sowie für den Patienten zumutbar und angemessen ist und dass sie seinem früher erklärten oder mutmaßlichen Willen entspricht (§ 1906a BGB). Die ordnungsgemäße Dokumentation der Zwangsbehandlung ist Voraussetzung für ihre Rechtmäßigkeit (§ 323 Abs. 2 FamFG).[170] Widerspricht ein Patient nicht nur der Behandlung, sondern weigert sich auch, in ein Krankenhaus gebracht zu werden, darf er dorthin nur dann zwangsweise verbracht werden, wenn die Voraussetzungen einer freiheitsentziehenden Unterbringung vorliegen (§ 1906 Abs. 1 Nr. 2, Abs. 2 und 3 BGB; § 1906a Abs. 4 BGB). Vom Gesetz nicht vorgesehen ist eine Zwangsbehandlung außerhalb eines dafür geeigneten Krankenhauses, zum Beispiel in einem Pflegeheim, in der häuslichen Umgebung oder bei einem niedergelassenen Arzt. Ob der Gesetzgeber eine Zwangsbehandlung auch an diesen Orten aus verfassungsrechtlichen Gründen ermöglichen muss, hat das Bundesverfassungsgericht bisher noch nicht entschieden.[171]

In manchen Bundesländern enthalten die einschlägigen Landesgesetze bis heute keine Regelung der Zwangsbehandlung. Die meisten Bundesländer haben ihre Landesgesetze allerdings reformiert und neben den freiheitsentziehenden Maßnahmen nunmehr auch die Behandlung im Rahmen der öffentlich-rechtlichen Unterbringung einschließlich der Zwangsbehandlung und ihrer Dokumentation geregelt. Allerdings ist auch dort umstritten, ob diese Neuregelungen den grund- und menschenrechtlichen Anforderungen genügen.[172]

Reformen sind nunmehr auch hinsichtlich der freiheitsentziehenden Maßnahmen bei landesrechtlich untergebrachten Personen geboten, wie zum Beispiel einer Fixierung, die nicht lediglich kurzfristig erfolgt. Derartige freiheitsentziehende Maßnahmen bedürfen einer gerichtlichen Genehmigung und müssen von den Landesgesetzgebern entsprechend den vom Bundesverfassungsgericht[173] entwickelten verfassungsrechtlichen Vorgaben geregelt werden (siehe Abschnitt 4.2). Möglicherweise muss auch der Bundesgesetzgeber die betreuungsrechtliche Regelung für freiheitsentziehende Maßnahmen in § 1906 Abs. 4 BGB daraufhin überarbeiten.

5.1.4 Situation in der Praxis

Bislang werden Zwangsmaßnahmen in der Mehrzahl der deutschen psychiatrischen Kliniken nicht systematisch statistisch erfasst und ausgewertet. Soweit dies geschieht, wird dabei nicht durchgängig zwischen Zwangsmaßnahmen zum Schutz des Betroffenen selbst („wohltätiger Zwang“) und Zwangsmaßnahmen zum Schutz Dritter

[165] Grundlegend BVerfGE 128, 282; BVerfGE 142, 313; BGHZ 193, 337; zu den landesrechtlichen Regelungen vgl. etwa OLG Celle, FamRZ 2012, 1896; OLG Köln, BtPrax 2012, 256.

[166] Gesetz zur Regelung der betreuungsrechtlichen Einwilligung in eine ärztliche Zwangsmaßnahme vom 18. Februar 2013 (BGBl. I, 266).

[167] BVerfGE 142, 313.

[168] Bei einem immobilen Patienten ist eine freiheitsentziehende Unterbringung nach § 1906 Abs. 1 BGB nicht möglich (vgl. BGH, FamRZ 2015, 1484, Rn. 25; BVerfGE 142, 313, Rn. 97 f.).

[169] Gesetz zur Änderung der materiellen Zulässigkeitsvoraussetzungen von ärztlichen Zwangsmaßnahmen und zur Stärkung des Selbstbestimmungsrechts von Betreuten vom 17. Juli 2017 (BGBl. I, 2426), in Kraft seit dem 22. Juli 2017.

[170] BGHZ 201, 324, Rn. 22; BGH, NJW 2015, 1019, Rn. 7.

[171] BVerfG, FamRZ 2018, 1021 (Richtervorlage nach Art. 100 GG unzulässig); BVerfG, Beschluss vom 07.08.2018 – 1 BvR 1575/18 (Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung abgelehnt).

[172] Vgl. etwa Henking/Mittag 2014; Henking 2016 m. w. N.

[173] BVerfG, NJW 2018, 2619.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

unterschieden. Gleichwohl dürften die nachfolgend geschilderten Untersuchungen wichtige Erkenntnisse über die Praxis auch des wohltätigen Zwangs in der Psychiatrie vermitteln.

Die ersten Publikationen über die Häufigkeit der Anwendung von Fixierung gehen auf den Anfang der 1990er-Jahre zurück.[174] 1997 wurden in Nord- und Süddeutschland zwei Arbeitskreise mit dem Ziel der Prävention und Reduzierung von Gewalt und Zwang in der Psychiatrie gegründet. Ihre Studien wurden zahlreich veröffentlicht und beinhalten Querschnittserhebungen aus verschiedenen Kliniken, Klinikvergleiche mit Qualitätsindikatoren und Empfehlungen zur Gewaltprävention.[175] Nach einer Studie lag die Zwangsunterbringungsrate (Anzahl der Zwangsunterbringungen pro Einwohner) 1999 in Deutschland bei 175 Unterbringungen pro 100.000 Einwohner. Die Zwangsunterbringungsquote (Anteil der Zwangsunterbringungen an allen stationären Behandlungsepisoden) betrug 1998 17,7 Prozent.[176] Eine andere Studie von Anfang der 2000er-Jahre beziffert den Anteil der in psychiatrischen Kliniken von Zwangsmaßnahmen (Fixierung, Isolierung und Zwangsmedikation) betroffenen Patienten mit etwa 10 Prozent.[177] In einer im Jahr 2004 in acht Kliniken durchgeführten Pilotstudie wurden 31.536 im Zeitraum eines Jahres behandelte Fälle ausgewertet, bei denen etwa 9 Prozent (absolut entspricht dies 3.337 Fällen) der Einsatz von Zwangsmaßnahmen festgestellt wurde.[178]

Vergleicht man diese Untersuchungen mit neueren Studien, so stellt man eine leicht abnehmende Tendenz bei Zwangsmaßnahmen fest.[179] Im Rahmen einer 2017 publizierten Studie wurden 6.544 stationär behandelte Patienten aus acht Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie in fünf Bundesländern untersucht. Dabei stellte sich heraus, dass Zwangsmaßnahmen nur noch bei 8 Prozent der behandelten Patienten eingesetzt wurden. Bei etwa zwei Drittel dieser Patienten wurde die Zwangsmaßnahme nur einmalig angewandt und bei einem Viertel zweimal. Die Einschränkung der Bewegungsfreiheit war mit 61,1 Prozent aller Zwangsmaßnahmen am häufigsten, gefolgt von räumlicher Einschränkung durch Unterbringung auf einer geschlossenen Station (43,5 Prozent). Eine Zwangsmedikation wurde in 5,5 Prozent, eine Zwangsernährung in 1 Prozent und eine diagnostische Zwangsmaßnahme nur in 0,4 Prozent der Fälle angewandt.[180] Die Anwendungshäufigkeit der Zwangsmaßnahmen unterschied sich auch hinsichtlich der Art der psychiatrischen Erkrankungen. Patienten mit Schizophrenie, schizoptypen oder wahnhaften Störungen waren am häufigsten von Zwangsmaßnahmen betroffen (klassifiziert nach ICD-10 als F2; insgesamt 161 Zwangsmaßnahmen), gefolgt von Patienten mit Suchterkrankungen (ICD-10: F1; insgesamt 147 Zwangsmaßnahmen) und organischen psychischen Störungen (ICD-10: F0; insgesamt 106 Zwangsmaßnahmen).[181] Wenn man die Art und Weise der Zwangsmaßnahmen den Krankheitsarten zuordnet, so stellt man fest, dass die direkte Einschränkung der Bewegungsfreiheit bei Patienten mit F1 *und* F2 am häufigsten angewendet wurde. Zwangsmedikation wurde dagegen am häufigsten in der Gruppe mit F2 eingesetzt.[182]

In Baden-Württemberg war zwischen Juni 2012 und Februar 2013 die Zwangsmedikation einer akut psychisch erkrankten Person prinzipiell unzulässig, nachdem die Rechtsprechung sowohl das einschlägige Landesrecht als auch das Betreuungsrecht für unzureichend erachtetet hatte (siehe Abschnitt 5.1.3). Eine Studie konnte Belege dafür erbringen, wie sich der Verzicht auf Zwangsmedikation auf andere Zwangsmaßnahmen bei Patienten mit psychotischen Störungen auswirkte und welchen Einfluss er auf die Verweildauer im Krankenhaus hatte. Die vorübergehende Unzulässigkeit der Zwangsmedikation erhöhte die Anzahl von Zwangsmaßnahmen wie Fixierung und Isolierung im Vergleich zum Vorjahreszeitraum um deutliche 39,8 Prozent (gepoolte Querschnittanalyse). Betrachtet man nur Patienten, die vor dieser Zeit stationär aufgenommen wurden, so betrug die Zunahme sogar 124,4 Prozent (Längsschnittanalyse). Dagegen blieb der Anteil der Patienten, bei denen Zwangsmaßnahmen angewendet wurden, gleich. Entgegen den Erwartungen nahm die Verweildauer leicht ab.[183]

Ein Vergleich der Häufigkeit einer zwangsweisen Unterbringung und der Verfahrensabläufe in der Psychiatrie in verschiedenen EU-Ländern ergibt ein heterogenes Bild. Eine Studie in 15 EU-Staaten zeigt, dass nicht in allen Ländern die Feststellung von Eigen- und/oder Fremdgefährdung für eine Zwangsunterbringung erforder-

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

[174] Vgl. etwa Fritz/Mack/Rave-Schwank 1991.
[175] Vgl. Steinert et al. 2015; Steinert et al. 2002; Ketelsen et al. 2001. Für die forensische Psychiatrie vgl. auch Jakovljević/Wiesemann 2016.
[176] Vgl. Dreßing/Salize 2004, 36.
[177] Vgl. Steinert et al. 2001, 155.
[178] Vgl. Steinert/Baur 2004, 20.
[179] Vgl. etwa Bruns/Henking 2015, 21.
[180] Vgl. Adorjan et al. 2017, 804 ff.
[181] Vgl. ebd., 804.
[182] Vgl. ebd., 805.
[183] Vgl. Flammer/Steinert 2015.

lich ist. Länder mit obligater Einbeziehung eines Rechtsbeistandes in das Unterbringungsverfahren haben erwartungsgemäß signifikant niedrigere Unterbringungsquoten. Unterschiedliche gesetzliche Regelungen und unterschiedliche Verfahrensabläufe sowie verschiedene Kriterien für die Zwangsunterbringung führen zu divergierenden Zwangsunterbringungsquoten und -raten. Die Zwangsunterbringungsquote beträgt beispielsweise in Portugal 3,2 Prozent (im Jahr 2000), in Deutschland 17,7 Prozent (1998), in Schweden dagegen 30 Prozent (1997). Auch bei den Zwangsunterbringungsraten unterscheiden sich Portugal mit 6 (2000), Deutschland mit 175 (1999) und Schweden mit 114 (1998) Unterbringungen pro 100.000 Einwohner deutlich voneinander.[184] In Deutschland steigt die Zahl der Verfahren ausweislich der Justizstatistik seit den 1990er-Jahren kontinuierlich.[185] Dies darf jedoch nicht ohne Weiteres mit einer faktischen Zunahme von Zwangsmaßnahmen in der Praxis gleichgesetzt werden. Umgekehrt werden allerdings beispielsweise die öffentlich-rechtlichen Unterbringungen nicht bundesweit erfasst.

Neben den dargestellten Zahlen aus der Praxis ist für die normative Bewertung auch von zentraler Bedeutung, wie die Betroffenen Zwangsmaßnahmen wahrnehmen und erleben (siehe Abschnitte 5.1.3 und 5.1.5). Verschiedene Studien wiesen nach, dass Zwangsunterbringung, Zwangsmedikation und Fixierung für die Betroffenen eine gravierende Belastungssituation sind und dabei negative Gefühle wie Angst, Erniedrigung oder Ohnmacht hervorgerufen werden.[186] In einer Studie wurden subjektive Eindrücke der Patienten nach Ablauf von drei Wochen nach den Zwangsmaßnahmen untersucht. Die Patienten gaben retrospektiv an, sie hätten während der Unterbringung, aber auch während der Zwangsmaßnahmen wie Fixierung und Medikation am häufigsten Hilflosigkeit, Wut und Ärger empfunden. Klinisch stabilere Patienten bewerteten diese Maßnahmen negativer als aktuell stärker erkrankte Patienten.[187] In derselben Studie wurde gezeigt, dass drei Viertel der Befragten mit der erfolgten Therapie zufrieden waren, 74,2 Prozent der Patienten würden bei erneutem Behandlungsbedarf dieselbe Klinik wieder aufsuchen.[188] In einer anderen Studie bewerten die Betroffenen das Erlebte aus einem gewissen zeitlichen Abstand als weniger gravierend.[189]

Eine weitere Untersuchung zeigt ähnliche Ergebnisse. Sie verdeutlicht die Gefühle der von den Zwangsmaßnahmen Betroffenen anhand von Patientenaussagen. Die Patienten finden die besagten Maßnahmen erniedrigend („Ich finde, noch etwas Erniedrigenderes kann dir eigentlich da in der Psychiatrie nicht passieren.“; „Erniedrigend und es fehlen einem eigentlich fast die Worte für dieses Gefühl, also das Ausgeliefertsein und einfach nichts mehr zu sein. Du bist nichts mehr in dem Moment.“), unmenschlich („Man ist dann fast Mensch dritter, vierter Klasse.“), traumatisierend („Was einen nicht umbringt, das macht einen noch härter – wenn man sowas erlebt hat, dann kann man die Freiheit schätzen.“) und würdelos („Es hat schon angefangen mit dem würdelosen Verhalten vom Pfleger im Bad, wo ich mich ausziehen musste und das war ein Mann. Das war so diskriminierend. Es war furchtbar.“).[190]

Zur Frage, welche der angewandten Zwangsmaßnahmen als belastender empfunden wurde, konnten keine klaren Ergebnisse erzielt werden. Eine randomisierte Studie fand zwischen Fixierung und Isolierung hinsichtlich der Belastung des Patienten keine signifikanten Unterschiede.[191] Nach einjährigem Zeitabstand wurden Fixierungen jedoch als stärker belastende Maßnahme eingeschätzt.[192]

In der öffentlichen Debatte wird den Behandelnden häufig vorgeworfen, sie wollten mit Zwangsmaßnahmen ihre Macht ausspielen und den widerstrebenden Patienten bestrafen. Die Patientenaussagen in manchen Studien scheinen diese Behauptungen zu stützen. Eine genauere Betrachtung der einschlägigen Forschung ergibt ein weniger eindeutiges Bild der Ziele und Motive der Behandelnden. In einer Studie bewerten die Mitarbeiter einer Klinik solche Maßnahmen als Integritätsverletzung und Beeinträchtigung des Verhältnisses zwischen Therapeuten und Patienten. Ferner geben sie an, dass diese Interventionen bei den Patienten Angst und Unwohlsein hervorrufen. Als Anlass für Fixierungen und Isolation führen die Befragten Gewalt und Drohungen vonseiten des Patienten und Selbstverletzung an.[193] In einer anderen Studie betrachten die Mitarbeiter einer Akutstation Zwangsmaßnahmen als einen Teil der Behandlung, aber auch als Maßnahme gegen Angriffe des Patienten mit dem Ziel, für Schutz und Sicherheit zu sorgen.[194]

---

184 Vgl. Dreßing/Salize 2004, 36.
185 Vgl. Bruns/Henking 2015.
186 Vgl. Frajo-Apor/Stippler/Meise 2011; Längle/Bayer 2007.
187 Vgl. Armgart et al. 2013, 278.
188 Vgl. ebd., 281.
189 Vgl. Katsakou et al. 2011.
190 Vgl. Frajo-Apor/Stippler/Meise 2011, 296.
191 Vgl. Bergk et al. 2011.
192 Vgl. Steinert et al. 2013.
193 Vgl. Wynn 2003.
194 Vgl. Husum/Finset/Ruud 2008.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Die sprachlichen und kulturellen Barrieren und die damit verbundenen Probleme in interkulturellen Behandlungssituationen sind zwar in der psychiatrischen Praxis seit Langem bekannt und werden vor allem seit den 1990er-Jahren im Rahmen der transkulturellen Psychiatrie erforscht.[195] Die Studienlage zur Bedeutung der Interkulturalität für den Einsatz von Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie ist jedoch unbefriedigend. In einer öffentlichen Anhörung des Deutschen Ethikrates haben einige Experten betont, dass sprachliche Barrieren das Risiko von Zwangsmaßnahmen deutlich erhöhen. Ein Grund sei, dass es in deutschen Kliniken zu wenig Dolmetscher gebe, weshalb in einer Krisensituation deeskalierende, tröstende, Sicherheit gebende und Missverständnisse klärende Gespräche erst verzögert oder gar zu spät erfolgen. Für fremdsprachige Patienten sei auch der Zugang zu einer angemessenen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlung und Versorgung erschwert, weil es zu wenige sprachkundige Therapeuten gebe. Das erhöhe die Wahrscheinlichkeit von Krisensituationen, in denen dann Zwangsmaßnahmen eingesetzt werden.[196]

In der Praxis kommt den von Fachgesellschaften ausgearbeiteten Leitlinien eine besondere Bedeutung zu. Sie werden auf Grundlage aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse und praktischer Erfahrungen entwickelt und haben das Ziel, den Behandelnden Sicherheit und Orientierung zu geben. Auch wenn entscheidend bleibt, dass Ärzte für ihren Patienten im Einzelfall die angemessene Behandlung zu finden und zu verantworten haben, werden die Leitlinien in der medizinischen Praxis weithin anerkannt und leisten einen wichtigen Beitrag bei der Realisierung guter medizinischer Versorgung (*good clinical practice*).

Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde hat im September 2018 die S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“ herausgegeben.[197] Diese Leitlinie enthält wissenschaftlich fundierte Empfehlungen zur Diagnose und Therapie aggressiven Verhaltens, sie befasst sich jedoch ausdrücklich nicht mit Zwangsmaßnahmen zur Vermeidung autoaggressiven Verhaltens. Gleichwohl sind viele der enthaltenen Empfehlungen auch für den Umgang mit Zwang zur Abwehr selbstgefährdenden Verhaltens beherzigenswert. Beispielsweise wird die Bedeutung der Dokumentation und Evaluation sowie der externen, unabhängigen Beratung und Kontrolle von Zwangsmaßnahmen betont.[198] In einer Stellungnahme derselben Fachgesellschaft mit dem Titel „Achtung der Selbstbestimmung und Anwendung von Zwang bei der Behandlung psychisch erkrankter Menschen“ wird der Fokus besonders auf die Legitimation von Zwangsmaßnahmen gelegt und werden entsprechende Empfehlungen ausgearbeitet.[199]

Ein weiteres wichtiges Dokument zu Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie ist die Stellungnahme der Deutschen Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege zum Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen in der akutpsychiatrischen stationären Versorgung.[200] In dieser Stellungnahme werden freiheitentziehende Maßnahmen als Eingriffe in die Persönlichkeitsrechte des Patienten bewertet. Sie werden als letzte Maßnahme im psychiatrischen Pflegealltag verstanden, „wenn für die Lösung einer gegenwärtigen Krisensituation nach Ausschöpfung aller methodischen und strukturellen Möglichkeiten keine andere Option zur Verfügung steht“.[201] Die Stellungnahme definiert für die psychiatrisch Pflegenden die Handlungsaufträge hinsichtlich der Durchführung und Nachbearbeitung von freiheitsentziehenden Maßnahmen in akutpsychiatrischen Krankenhausstationen.

5.1.5 Ethische Reflexion

Die ethische Beurteilung wohltätigen Zwangs in der Psychiatrie knüpft an die Überlegungen zu den grundlegenden ethischen Konzepten in Kapitel 4 an. Bei der Analyse ist zu berücksichtigen, dass die Psychiatrie erstens von komplexen Verantwortungsstrukturen geprägt ist, die neben der Ebene der individuellen Akteure auch diejenige der Einrichtungen und ihrer Träger umfasst. Zweitens reicht es nicht aus, lediglich einzelne Handlungen oder bestimmte Handlungsformen isoliert für sich zu bewerten; vielmehr müssen auch die dahinterliegenden persönlichen Haltungen und Einstellungen sowie die konkreten Entscheidungsprozeduren und kommunikativen Prozesse in die Betrachtung einbezogen werden. Drittens muss bei der Bewertung bestimmter Maßnahmen die spezifische Situation der betroffenen Person berücksichtigt werden. Viertens lassen sich die Voraussetzungen, unter denen sich wohltätiger Zwang als ethisch legitim erweist, nicht abstrakt-generell definieren, sondern sind

---

195 Vgl. Heise 2005; Hegemann/Salman 2010.

196 Online-Dokumentation der Anhörung „‚Wohltätiger Zwang‘ in der Psychiatrie“ des Deutschen Ethikrates am 23. Februar 2017 unter https://www.ethikrat.org/anhoerungen/wohltaetiger-zwang-in-der-psychiatrie [15.08.2018].

197 S3 bezeichnet die methodisch anspruchsvollste Leitlinienklasse. Im Gegensatz zu nur evidenz- oder nur konsensbasierten Leitlinien der Klasse S2 gelten sie als evidenz- *und* konsensbasiert. Die erstmals 2010 publizierte Vorgängerversion der neuen Leitlinie war als S2-Leitlinie klassifiziert.

198 Vgl. DGPPN 2018.

199 Vgl. DGPPN 2014.

200 Vgl. DFPP 2016.

201 Ebd., 1.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

jeweils Ergebnis konkreter Grenzziehungen, die von Dritten vorgenommen werden und ihrerseits gerechtfertigt werden müssen. Der Einsatz wohltätigen Zwangs ist daher an ein mehrstufiges und multikriterielles Prüfungsverfahren zu binden.

Dabei ist zunächst darauf hinzuweisen, dass die genaue Bedeutung des Begriffs einer psychischen (geistigen, seelischen, mentalen) Erkrankung weltweit seit Langem Gegenstand kontroverser Diskussionen in Psychiatrie, Psychologie, Neurologie, Philosophie, Ethik und, etwa in Fragen der Willens-, Entscheidungs- und Schuldfähigkeit, auch in der Rechtswissenschaft ist.[202] Eine nur annähernd konsensfähige Definition gibt es nicht. Das liegt nicht an der historisch kontingenten Unzulänglichkeit der empirischen Einsichten zum gegenwärtigen Stand der Wissenschaft. Vielmehr beruht die Vielfalt der vorgeschlagenen Modelldefinitionen auf einer Reihe normativer, sozialer und metaphysischer Hintergrundprobleme, für die es keine konsentierten Lösungen gibt: etwa das Problem des Zusammenhangs von Geist und Gehirn (Leib und Seele), das der Unterscheidung von Normalität und Abweichung, Irrationalität und Vernunft, Selbstbestimmung und Hilflosigkeit und nicht zuletzt das des Verhältnisses von Medizin und Gesellschaft. Die jeweils zur Diagnose Berufenen müssen sich der höchst komplexen Notwendigkeit des *Entscheidens* bewusst sein, das die Feststellung vieler psychopathologischer Befunde kennzeichnet und jedenfalls im Grenzbereich zwischen Normalität und relevanter Abweichung unumgänglich ist. Auch die aus externer Sicht gravierende Irrationalität einer Entscheidung ist kein hinreichender Grund, sich (etwa mittels Zwangs) darüber hinwegzusetzen, wenn sie im Einklang mit den inneren Überzeugungen, Glaubensinhalten, normativen Orientierungen und Werten des Betroffenen steht. Nur mit großer Zurückhaltung dürfen überdies Normen einer allgemeinen sozialen Adäquanz des Verhaltens Betroffener herangezogen werden. Auch der permanent Renitente, dessen Verhalten in kein Erwartungsschema sozialer Geläufigkeit passt, ist nicht schon deswegen psychisch krank.

In normativer Hinsicht ist es notwendig, zwischen den Rechten der betroffenen Person auf Wiederherstellung ihrer psychischen Gesundheit und Minderung ihres psychischen Leids, auf Selbstbestimmung, menschenwürdige Behandlung und gleichberechtigte Teilhabe an der Gesellschaft zu unterscheiden.[203] Eine Zwangsmaßnahme in der psychiatrischen Versorgung kann demnach geboten sein, wenn begründete Aussicht besteht, die Gefahr einer nicht freiverantwortlichen, aber gravierenden Selbstschädigung abzuwenden und die psychische Gesundheit der betreffenden Person wiederherzustellen. Wohltätigkeit bemisst sich dabei sowohl an der Möglichkeit, das aktuelle subjektive und objektive Leid der betroffenen Person zu mindern, als auch daran, ihre Interessen an einem zukünftigen Leben ohne psychische Erkrankung, ihre Möglichkeiten zu einem selbstbestimmten Leben und zu einer gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft zu wahren.

Da jedem Menschen das Recht zusteht, selbst über die Behandlung seiner Krankheit, auch seiner psychischen Krankheit, zu entscheiden („Recht auf Krankheit“), kann wohltätiger Zwang in der Psychiatrie nur dann gerechtfertigt sein, wenn die betroffene Person in ihrer Selbstbestimmungsfähigkeit so stark eingeschränkt ist, dass sie in der konkreten Situation nicht freiverantwortlich entscheiden bzw. handeln kann oder jedenfalls keine tragfähigen Anhaltspunkte vorliegen, dass die Ablehnung der Behandlung ihrem freiverantwortlichen Willen entspricht. Anderenfalls ist eine Zwangsmaßnahme zu ihrem Wohl ethisch nicht zu rechtfertigen.

Die Beurteilung der Selbstbestimmungsfähigkeit und die Feststellung, dass die betroffene Person aufgrund ihrer eingeschränkten Fähigkeit zur Selbstbestimmung in der konkreten Situation nicht freiverantwortlich entscheiden oder handeln kann, bilden folglich eine notwendige Voraussetzung für die Legitimation einer Zwangsmaßnahme. Allerdings stellen weder die Diagnose einer psychischen Erkrankung noch die aus der Sicht der Psychiatrie bestehende Möglichkeit oder Notwendigkeit ihrer Behandlung für sich genommen die Selbstbestimmungsfähigkeit eines Patienten infrage. Auch die Verweigerung einer medizinischen Behandlung darf nicht per se als Zeichen eingeschränkter oder fehlender Selbstbestimmungsfähigkeit interpretiert werden. Vielmehr muss die eingeschränkte Selbstbestimmungsfähigkeit in jedem Einzelfall problem- und situationsbezogen festgestellt werden, und es bedarf einer spezifischen Begründung, inwiefern die betroffene Person deshalb in der konkreten Situation nicht freiverantwortlich entscheiden oder handeln kann.

Zwang steht infrage, wenn ein der geplanten Maßnahme entgegenstehender Wille der betroffenen Person erkennbar ist. Diese Willensäußerung ist aus verschiedenen ethischen Gründen für die Entscheidungsfindung von Bedeutung. Zum einen gebietet der Respekt vor der Person, auch solche Willensäußerungen, die keine freiverantwortlichen Entscheidungen sind, nicht pauschal zu übergehen. Zudem kann der gegen einen erkennbaren Willen ausgeübte Zwang, selbst wenn er nach den Maßstäben Außenstehender als wohltätig eingestuft wird, von der betroffenen Person als traumatisierend erlebt werden. Diese individuellen Reaktionen müssen in die Gesamtbewertung der realistischerweise erreichbaren wohltätigen Ziele einbezogen werden, weil sie in der

[202] Schramme 2013; Feuerstein/Schramme 2015.
[203] Aus ethischer Sicht vgl. Schramme 2013; Gather et al. 2017; aus rechtlicher Sicht siehe Abschnitt 5.1.3.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Lage sind, das ursprünglich avisierte Ziel zu konterkarieren und das Vertrauen des Patienten in die Medizin und/oder sein soziales Umfeld zu untergraben. Dies ist insbesondere bei chronisch psychisch erkrankten Personen der Fall, bei denen das Ziel auf Wiederherstellung der Gesundheit mehr und mehr in den Hintergrund tritt, weil es aller Wahrscheinlichkeit nach nicht mehr erreicht werden kann. Stattdessen muss betroffenen Personen ermöglicht werden, auch mit einer mehr oder minder stark ausgeprägten psychischen Behinderung ein für sie akzeptables Leben einschließlich vollumfänglicher Teilhabe an der Gesellschaft zu führen.

Zwangsmaßnahmen zum Wohl eines psychisch kranken Menschen sind deshalb nur unter zusätzlichen einschränkenden Voraussetzungen zulässig. Wie in allen anderen Bereichen auch, dürfen sie nur als Ultima Ratio und nur unter Bedingungen eingesetzt werden, die möglichst weitgehend dem Willen der betroffenen Person entsprechen. Zwangsmaßnahmen sollten in erster Linie darauf abzielen, die volle Selbstbestimmungsfähigkeit wiederherzustellen. Sie dürfen nur durchgeführt werden, sofern die Person selbst die durchzuführende Maßnahme wünschen würde, wenn sie aktuell zu einer freiverantwortlichen Entscheidung in der Lage wäre bzw. sie im Nachhinein die Maßnahme als notwendig und richtig beurteilen würde.

Ein wichtiges Mittel, um diesen Willen des Patienten festzustellen, ist eine vorsorgliche Willensbekundung des Patienten (z. B. eine Patientenverfügung). Vorzugswürdig ist aus medizinischer und ethischer Sicht, dass der Patient nach angemessener Beratung mit dem Arzt gemeinsam entscheidet, wie in einem künftigen Krankheitsfall und bei Verlust der Einwilligungsfähigkeit vorgegangen werden soll, und dies in einer Behandlungsvereinbarung festgehalten wird. Eine solche Behandlungsvereinbarung ist nicht zuletzt Ausdruck des Kooperationsverhältnisses zwischen Arzt und Patient und des gegenseitigen Respekts. Sie kann eine gute Grundlage für das ärztliche Gespräch mit dem Patienten in einer künftigen Krisensituation bilden und dadurch Zwangsmaßnahmen vermeiden oder reduzieren helfen.[204] Eine Behandlungsvereinbarung wird regelmäßig das Behandlungsziel sowie konkrete Festlegungen für die künftige Behandlung umfassen. Sie enthält dann eine Patientenverfügung oder eine andere Form einer vorsorglichen Willensbekundung, die Auskunft über den Willen des Patienten für seine künftige Behandlung gibt. Falls nicht schon geschehen, kann der Patient in einer Behandlungsvereinbarung darüber hinaus auch eine Vertrauensperson benennen, die ihn gegebenenfalls begleiten soll, und diese Person bevollmächtigen oder mit einer Betreuungsverfügung dem Betreuungsgericht als rechtlichen Betreuer vorschlagen. Dies wird von der Bundesärztekammer und der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer zu Recht empfohlen, weil der Patient damit einen Vertreter erhält, der in der jeweiligen Situation für ihn sprechen und seinen Willen in den Behandlungsprozess einbringen kann.[205]

Ein wesentliches Ziel der Behandlung psychischer Erkrankungen ist es, die Betroffenen zu befähigen, mit Erkrankungen, auftretenden Konflikten und Krisen so umzugehen, dass sie ihr Leben und ihren Alltag nach eigenen Maßstäben selbst meistern können. Eine menschenwürdegerechte therapeutische Haltung richtet sich deshalb auf den Patienten als Person; er muss in den Behandlungsprozess aktiv einbezogen werden. Die Durchführung von Zwangsmaßnahmen bei der Behandlung psychisch kranker Menschen steht in einem prinzipiellen Spannungsverhältnis zu dieser Forderung. Falls die Ausübung von Zwang in einer konkreten Situation ausnahmsweise gerechtfertigt ist, bedeutet dies zudem nicht, dass Zwang in jeder weiteren Krise unbesehen erneut angewendet werden darf. Sein Einsatz setzt vielmehr stets voraus, dass die infrage stehende aktuelle Beschneidung der Freiheit in der realistischen Erwartung erfolgt, Krisen, aus denen die Tendenz zur Selbstschädigung hervorgeht, könnten überwunden, Konflikte aufgelöst, Handlungskontrolle wiederhergestellt und insbesondere Selbstbestimmung und Teilhabe des Patienten gefördert und gegebenenfalls auch langfristig erhalten werden. Dies kann durch neue Lernerfahrungen, durch neue Erfahrungen in der sozialen Kommunikation, durch eine Erweiterung der Verhaltensmöglichkeiten und durch Vermittlung positiver Erlebnisse unterstützt werden.[206] Wirksamkeitsstudien belegen, dass auch schwere affektive Störungen durch die Kombination von Psychopharmakotherapie, Psychotherapie und Sozialarbeit erheblich gelindert werden können.[207] Bei der Verwirklichung eines solchen personenzentrierten Ansatzes können Zwangsmaßnahmen allenfalls vorübergehend akzeptabel sein. In jedem Fall stellt sich aber die Aufgabe, dem Patienten die langfristige Perspektive von Beginn an zu vermitteln und gemeinsam mit ihm im Nachhinein zu prüfen, ob die Ausübung von Zwang zur Stärkung seiner Selbstbestimmung und Teilhabe beigetragen hat und gerechtfertigt war.

[204] Vgl. Radenbach/Simon 2016.
[205] Vgl. BÄK/ZEKO 2013, A1581 f.
[206] Vgl. Cox/Hetrick 2017.
[207] Vgl. Gartlehner et al. 2017; Cox et al. 2014.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

5.2 Wohltätiger Zwang in der Kinder- und Jugendhilfe

5.2.1 Problemaufriss

Die staatlich organisierte Kinder- und Jugendhilfe hat in den letzten Jahrzehnten einen fundamentalen Wandel erfahren.[208] Heute umfasst die Kinder- und Jugendhilfe ein breites Aufgabenspektrum sozialer Arbeit, das von einer allgemeinen Förderung von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien (z. B. durch Kindertagesstätten, offene Jugendarbeit und Familienbildung) über spezifische Hilfen zur Erziehung in besonderen Lebenslagen (z. B. bei eingeschränkter Erziehungskompetenz der Eltern) bis hin zu sogenannten intensiv-pädagogischen Maßnahmen reicht, zu denen in besonders zugespitzten Lebenslagen auch die geschlossene Unterbringung von Jugendlichen mit außergewöhnlich herausforderndem Verhalten in stationären Einrichtungen zählt. Jeder dieser Maßnahmen ist umfassend rechtlich normiert und insbesondere im Sozialgesetzbuch VIII (Kinder- und Jugendhilfegesetz)[209] geregelt. Strukturbildende Leitoptionen der Kinder- und Jugendhilfe sind vor allem (a) die *Prävention* von prekären Entwicklungsverläufen bei Kindern und Jugendlichen, (b) die *Integration* der Betroffenen in die Gesellschaft bei Wahrung der „eigensinnigen Lebenskonstellationen und Lebensperspektiven“[210] sowie insbesondere (c) die *Partizipation* der adressierten Kinder, Jugendlichen und deren Eltern bzw. Familien bei der Planung und Durchführung professioneller Hilfen. Im Mittelpunkt der Kinder- und Jugendhilfe steht das umfassende Wohl der Kinder und Jugendlichen, das durch gezielte *pädagogische* Interventionen zu fördern und zu sichern ist, indem etwa die Entwicklungspotenziale der Betroffenen zur Entfaltung gebracht werden.

Demgegenüber wurde die Kinder- und Jugendhilfe bis in die 1980er-Jahre von einer Defizitorientierung dominiert: „Schwierige“ Kinder und Jugendliche wurden überwiegend als verwahrlost, als arbeitsscheu oder als delinquent wahrgenommen. Dem musste mit einer strengen Fürsorgeerziehung begegnet werden. Diese „Zwangserziehung“ hatte disziplinierende und stigmatisierende Züge: „Schwierige“ Kinder und Jugendliche dokumentierten das Scheitern elterlicher Erziehung. Und dieses „Versagen der Familie“, wie Hans Thiersch den defizitorientierten Zugang zu den betroffenen Kindern und Jugendlichen charakterisiert, „wurde an ihnen als Verwahrlosung personalisiert und moralisiert. Sie [die Kinder und Jugendlichen] waren verderbt, wurden gesehen als verderbt von Anfang an. Man musste hart mit ihnen umgehen […].“[211] Es verwundert deshalb nicht, dass besonders die institutionalisierten Erziehungshilfen systematisch von Härte und Zwang geprägt waren.[212] Dies erschien wenig problematisch in einer Zeit, in der körperliche Züchtigung und seelische Drangsalierung in Familien wie in öffentlichen Erziehungseinrichtungen als probate Erziehungsmittel von Kindern und Jugendlichen (noch) auf breite Akzeptanz zählen konnten.

Aus heutiger Sicht führten solche Erziehungskonzepte zu skandalösen Erziehungspraktiken. Das Leid und Unrecht, das Kindern und Jugendlichen etwa in den staatlichen bzw. freigemeinnützig kirchlichen Erziehungsheimen widerfuhr, wurde in den letzten Jahrzehnten in den öffentlichen Medien breit behandelt und beschäftigte immer wieder auch den Petitionsausschuss des Deutschen Bundestages.[213] Auf dessen Empfehlung beschloss der Deutsche Bundestag die Einrichtung eines Runden Tisches „Heimerziehung in den 50er und 60er Jahren“, der im Dezember 2010 seinen Abschlussbericht vorlegte.[214] Dieser dokumentiert eine breite Palette missbräuchlicher Erziehungsmethoden: Die Unterbringung erfolgte oft gegen den Willen der Sorgeberechtigten (Eltern) und wurde mit sehr unspezifischen Begriffen wie „Verwahrlosung“ oder „Gefährdung“ gerechtfertigt. In der Konsequenz konnte „in der Praxis jedes als ‚abweichend‘ definierte Verhalten zu einer Heimunterbringung führen“.[215] Ehemalige Heimkinder berichteten „von massiven Gewalttätigkeiten durch das Erziehungspersonal, von Prügeln, rigiden und unmenschlichen Strafen, Arrest, Demütigungen, Kontaktsperren, Briefzensur, religiösem Zwang oder erzwungener Arbeit“.[216] Die Aufarbeitung offenbart, dass die Kinder und Jugendlichen außerdem seelischer Gewalt durch Beleidigung und Herabwürdigung, sexuellem Missbrauch sowie Peergewalt (Gewalt durch „Mitinsassen“) aufgrund von Kollektivstrafen ausgesetzt waren.[217]

---

[208] Vgl. im Überblick Böllert 2018; Schröer/Struck/Wolff 2016.
[209] Gesetz zur Neuordnung des Kinder- und Jugendhilferechts vom 26. Juni 1990 (BGBl. I, 1163), neu gefasst durch Bekanntmachung vom 11. September 2012 (BGBl. I, 2022), zuletzt geändert durch Art. 10 Abs. 10 des Gesetzes vom 30. Oktober 2017 (BGBl. I, 3618).
[210] Faltermeier/Wiesner 2017, 496.
[211] Thiersch 2012, 8.
[212] Vgl. Kunstreich 2007, 11.
[213] Es ist zu vermuten, dass auch die vielen in der letzten Zeit dokumentierten Fälle sexuellen Missbrauchs auf ein von Gewalt dominiertes Erziehungssystem zurückzuführen sind, in dem Kinder sich als verhältnismäßig rechtlos erlebten.
[214] AGJ 2010.
[215] Ebd., 10.
[216] Ebd., 13.
[217] Vgl. Hafeneger 2017, 13.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Die entscheidende Wende in der Kinder- und Jugendhilfe zeichnete sich freilich bereits Anfang der 1980er-Jahre ab. Der Zwangscharakter der „totalen Institution“[218] Heim wurde kritisch hinterfragt und es entstanden reformpädagogische Alternativen wie Kinderhäuser, Jugendwohngemeinschaften oder individuelle alltagsweltsituierte Betreuungsformen.[219] Im Fachdiskurs der Kinder- und Jugendhilfe konnten sich zunehmend Konzepte kindgerechter Erziehungshilfen durchsetzen, die auf die vorfindlichen Kompetenzen und Entwicklungspotenziale – so rudimentär sie zunächst auch erscheinen mochten – aufbauten und vor allem die Selbst- und Mitbestimmungsrechte der Betroffenen altersgerecht einbezogen. Im Mittelpunkt dieser Konzepte stand die Rückbesinnung auf den Kern aller pädagogischen Interventionen, der für eine positive Entwicklung von Kindern und Jugendlichen unerlässlich ist: eine von Achtsamkeit und Zutrauen geprägte und darin tragfähige Beziehung zwischen Pädagogen und zu erziehendem Kind bzw. Jugendlichen. Jede Intervention ist eingebettet in eine interaktive Beziehung zwischen der pädagogischen Fachkraft und ihren Sorgeadressaten. Zwangsmomente in einer pädagogischen Intervention markieren wie Strafen oftmals den ernüchternden Endpunkt einer Eskalation – so unvermeidbar sie in einer zugespitzten Situation erscheinen mögen. Neben einer derartigen Vorgeschichte haben solche Interventionen eine Nachgeschichte, die ihre intendierte Wirkung zu konterkarieren droht: Zwang kann die auf Achtsamkeit und Zutrauen angewiesene pädagogische Beziehung schwer schädigen oder gar zerstören. Denn die Kinder und Jugendlichen erfahren sich oftmals als bloße Objekte einer abwertenden und demütigenden Maßnahme. Reagieren sie mit heftiger Gegenwehr auf solche Demütigungen, überfordert dies nicht selten die pädagogischen Fachkräfte, insbesondere dann, wenn für einen individuellen Umgang mit den Problemen zu wenig Personal vorhanden ist. Dies begünstigt die Gefahr einer weiteren Eskalation. Zwangsmomente bewirken deshalb oftmals das Gegenteil dessen, was sie zunächst bewirken sollen; es gelingt nicht, herausforderndes Verhalten einzuhegen und die Lage zu beruhigen.

Infolgedessen zielte die in den 1970er-Jahren eingeleitete Reform der Kinder- und Jugendhilfe darauf ab, durch grundsätzlich veränderte Rahmenbedingungen pädagogischer Konstellationen den interaktiven wie prozesshaften Charakter pädagogischer Interventionen in den Mittelpunkt zu stellen und damit auch den verhängnisvollen Kreislauf von Zwang und Gegenwehr nach Möglichkeit frühzeitig zu unterbrechen.[220] Diese „pädagogische Wende“ hat sich im Dritten Jugendbericht (1972)[221] des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit, in dessen „Vorstellungen über Inhalt und Begriff moderner Jugendhilfe“ (1974)[222] und sodann im Achten Jugendbericht (1990)[223] niedergeschlagen. Das in diesem Sinne novellierte Kinder- und Jugendhilfegesetz aus dem Jahr 1990 etablierte die eingangs beschriebenen Strukturprinzipien der Prävention, der Integration und der Partizipation und richtet die Kinder- und Jugendhilfe am Grundsatz der „Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit“ (§ 1 SGB VIII) des Kindes bzw. des Jugendlichen aus. Diese Zielbeschreibung darf freilich nicht vergessen lassen, dass wie jede alltagsweltliche pädagogische Beziehung (etwa zwischen Kind und seinen Eltern) auch professionelle Beziehungen immer wieder mit einem „pädagogischen Paradox“[224] konfrontiert sind: Die Förderung von Eigenverantwortlichkeit und Selbstbestimmung macht in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen gelegentlich pädagogische Maßnahmen erforderlich, die sich über das aktuelle Maß an Selbstbestimmung hinwegsetzen und damit dem Erziehungsziel zu widersprechen scheinen.[225] Zu ihnen zählen unbestritten auch alle Formen von Zwang. Auf sie deshalb grundsätzlich zu verzichten, gefährdet aber ebenfalls das Ziel pädagogischer Interventionen, nämlich die Entwicklung des Kindes bzw. des Jugendlichen zur eigenverantwortlichen Persönlichkeit zu fördern. Dieses Ziel setzt eine Sensibilität für deren spezifische Lebenswelt voraus. Zugleich verlangt es die Veränderung der vorfindlichen Alltagsroutinen. Entwicklungsprozesse müssen von außen – gelegentlich auch gegen Widerstand – angeregt werden. Insofern bedarf es einer Jugendhilfe, die für die Lebenswelt ihrer Adressaten sensibel ist, sich zugleich aber „ihrer teilweisen Zudringlichkeit bewusst ist und dieser [Lebensweltorientierung] auch Grenzen setzt“.[226]

Die Neuausrichtung der „pädagogischen Wende“ prägt die Kinder- und Jugendhilfe bis heute – sowohl in ihren rechtlichen Regelungen wie auch in ihrer Praxis. Dies hat freilich nicht verhindern können, dass in manchen Bereichen repressive Interventionsformen fortexistieren und in letzter Zeit sogar wieder verstärkt Verbreitung

[218] Vgl. Goffman 1973.
[219] Vgl. Kunstreich 2007, 11.
[220] Vgl. Thiersch 2012, 12.
[221] BMJFG 1972.
[222] BMJFG 1974.
[223] BMJFFG 1990.
[224] Vgl. Brachel 1985; Giesinger 2011.
[225] Vgl. Giesinger 2011.
[226] Vgl. Faltermeier/Wiesner 2017, 496.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

finden konnten.[227] Das gilt vor allem für den Bereich der stationären Unterbringung von Kindern und Jugendlichen in mehr oder minder geschlossenen Einrichtungen. Deshalb erfordert dieser Bereich besondere Aufmerksamkeit, auch wenn er nur einen kleinen Ausschnitt im breiten Spektrum der Kinder- und Jugendhilfe ausmacht.

Einer breiten Öffentlichkeit bekannt wurden missbräuchliche Erziehungsmethoden in einzelnen stationären Einrichtungen wie den Friesenhof-Mädchenheimen in Schleswig-Holstein (gegründet 1999) oder den drei Heimen der Haasenburg GmbH in Brandenburg (gegründet 2002). Nach öffentlich gewordenen Klagen gegen die Zustände prüfte eine von der zuständigen Landesministerin eingesetzte unabhängige Untersuchungskommission Konzept und Praxis der intensivtherapeutischen Haasenburg-Einrichtungen. Im 2013 veröffentlichten Endbericht wird deutlich, dass körperliche Bestrafung, seelische Verletzung und Entwürdigung von Kindern und Jugendlichen pädagogischer Alltag war.[228] Den Kindern und Jugendlichen wurde keinerlei Privatsphäre zugestanden; pädagogisch wurde mit sogenannten Token- und Phasensystemen gearbeitet: Sie mussten sich sehr strengen Regeln unterwerfen, um für sich individuelle Freiräume zu erwerben, die sie aber jederzeit wieder verlieren konnten.[229] Dabei ging es offenbar vor allem darum, den „Willen der Jugendlichen zu brechen".[230] Im Dezember 2013 entzog das zuständige Landesministerium der Haasenburg GmbH die Betriebserlaubnis. Deren Klagen gegen die Schließung blieben erfolglos.

Zwar mögen die monierten Auswüchse in den Haasenburg-Heimen Ausnahmeerscheinungen sein.[231] Zumindest gibt es keine ausreichend gesicherten Erkenntnisse über das quantitative Ausmaß solcher Zustände in der Heimunterbringung insgesamt.[232] Gleichwohl folgten nach Auffassung des Brandenburger Untersuchungsausschusses die Haasenburg-Heime einem durchaus üblichen Konzept intensiv-pädagogischer Maßnahmen.[233] Im fachwissenschaftlichen Diskurs wird diese Tendenz der Kinder- und Jugendhilfe, die zumindest mit Blick auf die verstärkte Wiederkehr geschlossener Heimunterbringung zu registrieren ist, mit einer seit Längerem zu beobachtenden Orientierung am Sicherungsaspekt gegen die öffentlich zunehmend skandalisierte Jugenddelinquenz in Verbindung gebracht.[234] Begünstigt wird diese Tendenz offenbar auch durch den Kostendruck bzw. die Effizienz- und Effektivitätsanforderungen.[235] Umgekehrt schafft die vergleichsweise hohe Vergütung für einen Platz in einer geschlossenen Einrichtung einen Anreiz für Träger, entsprechende Angebote zu unterbreiten.

Gleichwohl sind solche (Groß-)Heime nach wie vor die Ausnahme. Mittlerweile üblich sind komplexe Mischformen von ambulanten und (teil-)stationären Hilfen sowie grundsätzlich offener, individuell und fakultativ allerdings geschlossener Unterbringung.[236] Aber auch in diesen Betreuungsformen kommen Freiheitseinschränkungen und Zwangselemente vor – etwa die Nutzung von sogenannten Time-out-Räumen[237], Leibesvisitationen oder Zimmerdurchsuchungen, die Verpflichtung zur Urinabgabe im Rahmen von Drogenscreenings, der gegen den Willen des Kindes erfolgende Transport zur Schule etc. Solche und andere Eingriffe in Grundrechte, wie zum Beispiel auch Videoüberwachung, geschehen in vielen Einrichtungen ohne ausdrückliche schriftliche Grundlage, ohne Meldung an das Landesjugendamt, ohne Diskussion im Hilfeplangespräch nach § 36 SGB VIII sowie ohne Dokumentation und Evaluation.[238]

Besonders einschneidend für Kinder und Jugendliche ist die Entscheidung über eine außerfamiliäre Unterbringung bzw. Inobhutnahme durch das Jugendamt. Aufgrund von Personalmangel in den Jugendämtern werden Kinder und Jugendliche zum Teil nicht angemessen in die Entscheidung einbezogen, ihre Wünsche bezüglich

---

227 Vgl. Kappeler 2017.
228 MBJS 2013.
229 Die Jugendlichen hatten unterschiedliche Freiheiten, je nachdem in welche Phase sie eingestuft wurden (rot, gelb, grün), wobei alle in der roten Phase beginnen mussten. Rot bedeutete: Isolierung von den anderen Jugendlichen in einem Zimmer nur mit Matratze und Tisch, keine Beschulung, teilweise verschlossene und verklebte Fenster. Im Abschlussbericht wird der Fall eines Jungen genannt, der länger als ein Jahr in der roten Phase verblieb (vgl. ebd., 45).
230 Vgl. ebd., 59.
231 Ähnliche Auswüchse wurden auch in anderen Bundesländern bekannt und geahndet: etwa mit Blick auf die Friesenhof-Mädchenheime (vgl. Schleswig-Holsteinischer Landtag 2017, besonders 500 ff.) oder auf einige stationäre Einrichtungen für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen im Freistaat Bayern (vgl. BStMASFI 2016).
232 Diesbezüglich besteht dringender Forschungsbedarf.
233 Vgl. MBJS 2013, 38.
234 Vgl. Spiess 2012.
235 Vgl. Peters 2016, 177.
236 Vgl. Krause 2016, 79 f.; Lutz 2015, 303 ff.
237 Siehe Fn. 24.
238 Vgl. Peters 2016, 176.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

des Wohnortes oder der Wohnform nicht berücksichtigt oder Geschwister gegen ihren Willen getrennt untergebracht. Dies wird von Kindern und Jugendlichen als Zwang erfahren, stellt das Gelingen der Hilfen infrage und hat oftmals negative Folgen für ihren weiteren Lebensweg.[239]

Die Kinder- und Jugendhilfe ist nicht nur immer wieder mit dem pädagogischen Paradox, sondern mitunter auch mit der Widersprüchlichkeit fachspezifischer „Erkenntnis- und Handlungslogiken“[240] konfrontiert. Solche Kollisionen können sich gerade bei der unfreiwilligen Unterbringung von Kindern und Jugendlichen in einer Jugendhilfeeinrichtung einstellen. In diesen Fällen kommt neben den pädagogischen Fachkräften auch Kinder- und Jugendpsychiatern eine wichtige Rolle zu. Sie begutachten die Betroffenen und tragen für eine etwa notwendige begleitende Behandlung Sorge. Allerdings unterscheiden sich die Einschätzungen zur Notwendigkeit einer solchen Unterbringung zwischen den pädagogischen und psychiatrischen Fachgesellschaften. Aus Sicht von Kinder- und Jugendpsychiatern erweisen sich selbst längerfristige freiheitsentziehende Maßnahmen zumindest bei jenen Kindern und Jugendlichen als notwendig und sinnvoll, die „ein sehr destrukturiertes soziales Umfeld, eine hohe emotionale Labilität, eine Geschichte des Scheiterns in verschiedenen Jugendhilfeeinrichtungen, durch andauernden Substanzkonsum sowie weitere deutlich selbstgefährdende und altersunangemessene Verhaltensweisen, wie z. B. Beschaffungskriminalität oder Prostitution“, aufweisen und „durch offene Angebote der Jugendhilfe oft nicht (mehr) erreichbar“ scheinen.[241] Diese Einschätzung wird allerdings von pädagogischen Fachgesellschaften nicht immer geteilt. Sie verweisen stattdessen auf ihrer Auffassung nach erfolgreiche, neue, partnerschaftliche und anerkennende Methoden zum Umgang mit „schwierigen“ Kindern und Jugendlichen und verteidigen sie gegen „Versuche der Einschüchterung, der Kontrolle, der Psychologisierung und Therapeutisierung, möglicherweise sogar mit medikamentösem Hintergrund“.[242]

Ohne Zweifel orientieren sich psychiatrische wie pädagogische Kinder- und Jugendhilfe am Wohl des Kindes bzw. des Jugendlichen.[243] Allerdings setzen sie aus fachlichen Gründen unterschiedlich an. Kinder- und Jugendpsychiater werden vorrangig in akuten Krisensituationen aktiv, die schnelle Abhilfe verlangen. (Deshalb werden sie oftmals gerade auch von pädagogischen Fachkräften gerufen.) Sie konzentrieren sich naheliegenderweise auf psychopathologische Störungen und nutzen dabei überwiegend wissenschaftlich erprobte *therapeutische* Verfahren. Aufgabe der *sozialpädagogischen* Kinder- und Jugendhilfe ist die langfristig ausgerichtete Begleitung und Betreuung von Kindern und Jugendlichen in schwierigen Lebenssituationen sowie die nachhaltige Entwicklung und Förderung deren eigener Ressourcen für eine gelingende Lebensbewältigung und Lebensführung.[244] Folglich muss die sozialpädagogische Kinder- und Jugendhilfe aus fachlichen Gründen das gesamte Lebensumfeld in den Blick nehmen. Deshalb bettet sie beispielweise ihre Interventionen in ein ausführliches Hilfeplanverfahren, das im Übrigen rechtlich vorgeschrieben ist (§ 36 SGB VIII) und die möglichst freiwillige, immer jedoch ressourcenorientierte Mitwirkung der Betroffenen und der Sorgeberechtigten sicherstellen soll.[245]

Beide Perspektiven haben ihre fachliche Berechtigung. Die zutage tretende Spannung darf nicht zugunsten eines der beiden Pole aufgelöst werden. Probleme entstehen vornehmlich dann, wenn keine von gegenseitigem Verständnis getragene Zusammenarbeit zustande kommt und das Erreichen der grundsätzlichen Ziele durch Intervention seitens der jeweils anderen „Fachlichkeit“ erschwert oder sogar verunmöglicht wird. Kritisch etwa gestaltet sich die dauerhafte, therapeutisch indizierte, gleichwohl erzwungene Einnahme von Psychopharmaka. Sie kann einerseits auch die Beziehung zwischen pädagogischer Fachkraft und betreutem Kind bzw. Jugendlichen erheblich belasten und damit erfolgreiches Arbeiten erschweren oder sogar verunmöglichen. Andererseits erfolgt sie nicht selten in solchen Fällen, in denen ein Kind bzw. ein Jugendlicher nicht nur sich selbst, sondern auch andere zu schädigen droht – etwa die Fachkräfte oder die Mitbewohner der Einrichtung. Die verschiedenen Interessen abzuwägen und insbesondere mit dem Interesse des Kindes oder Jugendlichen an einer tragfähigen pädagogischen Beziehung in Einklang zu bringen, gestaltet sich unter diesen Umständen oft als äußerst schwierig.

5.2.2 Formen wohltätigen Zwangs

Die letztgenannte Fallkonstellation ist keineswegs außergewöhnlich. Sie verdeutlicht, dass Zwangsmaßnahmen im Rahmen professionellen Sorgehandelns – wie hier die unfreiwillige Verabreichung von Psychopharmaka –

---

239 Zur Personalsituation in den Jugendämtern und den resultierenden Konsequenzen vgl. Beckmann/Ehlting/Klaes 2018.
240 IGfH 2015, 7.
241 DGKJP et al. 2014, 3 f.
242 Krause 2016, 82.
243 Dabei berücksichtigen sie die entwicklungspsychologische Erkenntnis, dass Entwicklungsprozesse nicht einseitig entweder von organismischen Reifungsprozessen oder von sozialisatorischen Umweltbedingungen abhängen, sondern aus deren Zusammenspiel entstehen (Person-Umwelt-Interaktionen).
244 Vgl. Böhnisch 2005.
245 Vgl. Denner 2016 m. w. N.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

auch in der Kinder- und Jugendhilfe oftmals in Situationen erfolgen, in denen die Abwehr potenzieller Selbst- wie Fremdschädigung schwer zu entzerren sind, sodass sie sich nicht eindeutig oder gar ausschließlich der Fallkonstellation des wohltätigen Zwangs zuordnen lassen. Darüber hinaus weisen alle Formen von Zwang im Kontext der Kinder- und Jugendhilfe eine Besonderheit auf, die der spezifischen Dreiecksbeziehung zwischen Kind/Jugendlichem, seinen Sorgeberechtigten (in der Regel die Eltern) und dem Staat in Ausübung seiner Pflicht zum Schutze des Kindes geschuldet ist. Aufgrund des Primats elterlicher Sorge bedarf es bei allen Interventionen gegenüber dem Kind bzw. dem Jugendlichen der Einwilligung vonseiten der (elterlichen) Sorgeberechtigten. Dies kann zu schwierigen Konstellationen führen: Um einer wohltätigen professionellen Intervention ihren Zwangscharakter zu nehmen, ist sowohl die (altersangemessene) Zustimmung des Kindes bzw. des Jugendlichen als auch die Einwilligung der Eltern erforderlich. Fehlen beide, so handelt es sich gewissermaßen um eine Doppelform des wohltätigen Zwangs: gegenüber dem Kind bzw. dem Jugendlichen, um dessen Wohl es unmittelbar geht, wie gegenüber den Eltern, deren elterliche Sorge ebenfalls dem Kindeswohl verpflichtet ist. Aber selbst wenn die (elterlichen) Sorgeberechtigten in die Intervention aus freier Überzeugung einwilligen, nimmt ihre Einwilligung dieser Intervention nicht ihren Zwangscharakter – weil sie den Willen des Kindes bzw. des Jugendlichen überwinden muss.

Dessen ungeachtet lassen sich in der institutionalisierten Erziehung von Kindern und Jugendlichen (a) einzelne Zwangsmomente von (b) Zwangselementen in den pädagogischen Konzepten sowie von (c) Zwangskontexten, in denen (pädagogische) Hilfen angeboten werden, unterscheiden. Alle drei Formen von Zwang spielen auch in der alltäglichen Erziehung von Kindern und Jugendlichen eine Rolle. Solch alltägliche Erziehung erfolgt durch die Eltern, durch die Geschwister und weiteren Familienangehörigen, durch das soziale Umfeld der Familie etwa in Gestalt von Nachbarn und Freunden bis hin zu Institutionen wie Kindertagesstätten oder Schulen. Zwang in der alltäglichen Erziehung dient wie diese insgesamt der Gefahrenabwehr und der Förderung der Entwicklung der Kinder und Jugendlichen zu eigenverantwortlichen wie gemeinschaftsfähigen Personen.

Freilich können pädagogische Interventionen im professionellen Kontext der Kinder- und Jugendhilfe den Interventionen der alltäglichen Erziehung nicht einfach gleichgesetzt werden. Für die Familie als gelebte soziale und gegenüber staatlichen Eingriffen grundsätzlich autonome Lebenswelt gelten andere Maßstäbe als für die zeitlich begrenzte, in den personalen Beziehungen nicht grundsätzlich auf einem Vertrauensverhältnis aufbauende Verbindung eines Kindes oder Jugendlichen zu einer Institution der Kinder- und Jugendhilfe. Im Unterschied zu einer mehr oder minder naturwüchsigen Vertrauensbeziehung zwischen Eltern und Kind muss das Vertrauen zwischen pädagogischer Fachkraft und Kind bzw. Jugendlichem überhaupt erst (mühsam) aufgebaut werden. Es ist und bleibt immer fragil. Die Gefahr, dass zwangsbewehrte Interventionen gerade mit Blick auf die konstitutiv wichtige pädagogische Beziehung kontraproduktiv wirken, ist deshalb erheblich.

Folgende Formen wohltätigen Zwangs in professionellen Hilfekonstellationen können unterschieden werden:

Körperlicher Zwang

Körperlicher Zwang reicht vom Festhalten zur Abwehr einer Selbstverletzung oder einer Schädigung anderer Kinder oder Jugendlicher bis zur körperlichen Überwältigung, um beispielsweise ein Kind oder einen Jugendlichen an einen bestimmten Ort zu bringen oder von einem bestimmten Ort zu entfernen. Obwohl sie im erzieherischen Alltag häufig vorkommen, werden solche Zwangsformen – abgesehen von offensichtlich unangemessenen und missbräuchlichen Fällen, die als „Heimskandale“ bekannt wurden – auch in der Fachöffentlichkeit kaum diskutiert. Wie tief körperlicher Zwang in das Befinden des Kindes bzw. des Jugendlichen eingreift und es bzw. ihn damit belastet, ist abhängig von Kontext und situativer Dringlichkeit, aber auch vom jeweiligen Alter der Betroffenen. Zwar mögen körperliche Überwältigungen in vielen Fällen unvermeidlich erscheinen. Gleichwohl können sie aber von pädagogischen Fachkräften zur bloßen Machtdemonstration missbraucht werden. Zugleich erleben Pädagogen die Situationen, in denen sie körperlichen Zwang gegen Kinder und Jugendliche ausüben, in der Regel als emotional höchst aufgeladen und sehr belastend. Dies kann bei ihnen unangemessen aggressives und sogar brachialgewalttätiges Verhalten begünstigen.[246]

Freiheitsbeschränkung und Freiheitsentziehung

Im Unterschied zu den eher spontanen Formen körperlicher Überwältigung sind freiheitsbeschränkende bzw. freiheitsentziehende Maßnahmen geplante, systematische Formen der Bewegungseinschränkung. Eine besonders drastische Form der Freiheitsentziehung stellt die Fixierung mit Bändern oder Gurten dar, die vor allem in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie in Heimen für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen vorkommt.

[246] Vgl. Schwabe 2010.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Sie wird sowohl zur Abwehr von Fremd- wie von Selbstschädigung angewandt.[247] Da Fixierungen in der Regel zwar mit der Einwilligung der Sorgeberechtigten, aber ohne die Zustimmung der fixierten Kinder und Jugendlichen erfolgen, sind sie Zwangsmaßnahmen.

Zu den Freiheitsbeschränkungen gehört auch die Inobhutnahme von Kindern und Jugendlichen gegen ihren Willen: In einer Notsituation werden sie auf Veranlassung des Jugendamts vorläufig oder auch längerfristig in einem Heim, einer anderen Einrichtung des betreuten Wohnens oder einer Pflegefamilie untergebracht, um sie vor Vernachlässigung oder Missbrauch in der Familie oder vor Schädigungen im außerfamiliären Lebensumfeld („Straßenkinder“) zu schützen. In Bezug auf die stationäre Unterbringung wird zwischen offenen und geschlossenen Formen der Betreuung unterschieden. Allerdings ist die Abgrenzung zwischen offener und geschlossener Unterbringung mittlerweile schwierig geworden, weil die „Übergänge zwischen ‚offenen‘, ‚halboffenen‘, ‚individuell-geschlossenen‘ und geschlossenen Formen der Betreuung“[248] fließend geworden sind. Bei einer geschlossenen Unterbringung liegt nicht nur eine Freiheitsbeschränkung, sondern eine Freiheitsentziehung vor. Diese ist dadurch gekennzeichnet, dass „(1) eine Person gegen ihren Willen in der persönlichen Freiheit eingeschränkt wird; (2) Dauer und Stärke der Geschlossenheit das Ausmaß altersgemäßer Beschränkung überschreiten; (3) Kinder/Jugendliche auf einem bestimmten Raum festgehalten werden sowie (4) der Aufenthalt (ständig) überwacht und der Kontakt mit Personen außerhalb des Raumes verhindert wird“.[249] Geschlossene Unterbringung zur Abwehr von Selbst- und Fremdgefährdung wird zunächst in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, aber auch in der Kinder- und Jugendhilfe eingesetzt.[250]

Intensiv-pädagogische Erziehungskonzepte mit Zwangselementen

Professionelle Erziehungskonzepte können verhaltenstherapeutisch motivierte Zwangselemente enthalten, deren Einsatz mit dem Wohl des Kindes oder Jugendlichen begründet wird. Sie sind oftmals Bestandteile eines fest etablierten und vor allem einfach zu durchschauenden Privilegiensystems, das in der stationären Jugendhilfe zur Verhaltensveränderung eingesetzt wird.[251] Privilegiensysteme werden in Punkte- und Phasenmodelle unterschieden. Beim Einsatz von Punktemodellen „verdient“ sich das Kind bzw. der Jugendliche für bestimmtes Verhalten Punkte, die gesammelt werden und anschließend für gewünschte Dinge oder Aktivitäten eingetauscht werden können. In Phasenmodellen wird regelkonformes Verhalten durch Aufstieg in eine Phase mit mehr Privilegien belohnt, regelwidriges Verhalten dagegen mit dem Abstieg in eine Phase mit weniger Privilegien bestraft.[252]

Zu den Zwangselementen in intensiv-pädagogischen Konzepten zählen außerdem Auszeiträume. Solche „Time-out-Räume“, „Krisenzimmer“, „Beruhigungsräume“, „Isolierräume“ oder auch „Besinnungsstübchen“ werden eingesetzt, um Kinder und Jugendliche für bestimmte Zeiten zu isolieren, sie durch diese Isolation zu beruhigen und damit ihr herausforderndes Verhalten einzudämmen.

Zwangsbehandlung

Die Anwendung von verhaltensändernden Medikamenten kann in zweierlei Weise als erzwungene Behandlung aufgefasst werden. Erstens erfolgt die Verabreichung von solchen Medikamenten bisweilen als Zwangsbehandlung im engeren Sinne, das heißt gegen den natürlichen Willen der Betroffenen. Die Voraussetzungen für eine medikamentöse Zwangsbehandlung sind bei Erwachsenen mittlerweile eingehend gesetzlich geregelt (siehe Abschnitt 5.1.3), für Minderjährige fehlen hingegen explizite gesetzliche Regelungen. Die Voraussetzungen für eine medikamentöse Zwangsbehandlung liegen vermutlich am ehesten bei Kindern und Jugendlichen mit einer psychischen Erkrankung oder Störung und einer hieraus resultierenden Einschränkung der Einsichts- oder Urteilsfähigkeit vor.[253] Zweitens kann die verhaltensändernde Pharmakotherapie aus subjektiver Sicht der Betroffenen als eine Zwangsmaßnahme mit negativen körperlichen, intellektuellen und emotionalen Folgen empfunden werden, da die Medikamente das eigene als „normal“ bzw. als „natürlich“ wahrgenommene Verhalten (z. B. bei einer Zwangsstörung, einer Psychose etc.) entsprechend dem gesellschaftlichen Normensystem modifizieren sollen. Angesiedelt im Spannungsfeld zwischen Pädagogik und Psychiatrie wirft die Psychopharmakotherapie von Kindern und Jugendlichen zahlreiche, sehr spezifische juristische und ethische Fragen auf, die sich von denen bei Erwachsenen zum Teil deutlich unterscheiden.

247 Vgl. Igel 2010.
248 Wölfel/Redmann/Löffler 2016, 117.
249 Vgl. Peters 2016, 172.
250 Vgl. Igel 2010.
251 Vgl. Tischler 2009.
252 Vgl. ebd.; kritisch: Kunstreich/Lutz 2015.
253 Vgl. Irblich 2004.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

5.2.3 Aktuelle Rechtslage

Zentrales Anliegen der (rechtlichen) Regelungen von Sorgehandlungen des wohltätigen Zwangs im Kontext der Kinder- und Jugendhilfe ist das Kindeswohl. Dieses konkretisiert sich außer in der Abwehr aller Gefahren für Leib und Leben besonders in der „Förderung seiner Entwicklung“ sowie in einer „Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit“ (§ 1 SGB VIII).

Orientierung am Kindeswohl

Sicherung und Stärkung des Kindeswohles ruhen im Wesentlichen auf diesen Grundvorgaben: den inhaltlichen Vorgaben der Achtung der Subjektivität und Individualität des Kindes und seines Rechts auf gewaltfreie Erziehung sowie den strukturellen Vorgaben durch menschenrechtliche, verfassungsrechtliche und einfachgesetzliche Regelungen, die den Primat der elterlichen Sorge und das staatliche Wächteramt festschreiben.

Die UN-Kinderrechtskonvention wie die Europäische Menschenrechtskonvention und Art. 6 GG gewährleisten das Recht des Kindes auf Beachtung seines individuellen Wohls. Dazu gehört die Beachtung seiner individuellen Bedürfnisse und Wünsche (im Rahmen der verfassungsmäßigen Ordnung und der Strukturen eines Familienlebens). Dementsprechend hat das Kind ein Recht auf Einbeziehung und Mitwirkung an allen kindeswohlrelevanten Entscheidungen. Dies ist in Art. 12 UN-KRK ausdrücklich festgeschrieben („angemessen und seinem Alter entsprechend“). Aus Art. 8 EMRK und Art. 6 GG ergibt es sich inzidenter, wie die relevante Rechtsprechung (des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte und des Bundesverfassungsgerichts) zeigt. Hinzu kommt nach Art. 6 Abs. 2 GG auch ein Recht des Kindes auf Erziehung durch seine Eltern, das der Staat zu wahren und zu unterstützen hat.[254]

Einfachgesetzlich sind Einbeziehung und Mitwirkung des Kindes generell in § 1626 Abs. 2 BGB und in § 1618a BGB im Rahmen der elterlichen Sorge, zusätzlich in § 1793 Abs. 1 Satz 2 BGB bei der Vormundschaft und in §§ 8, 5 SGB VIII in der Kinder- und Jugendhilfe vorgeschrieben.[255] So haben Eltern wie Vormund die Entscheidungen für das Kind mit einer alters- und entwicklungsangemessenen Beteiligung des Kindes und möglichst im Einvernehmen mit diesem zu treffen. Bei Ausbildung und Berufswahl haben sie auf die Eignung und Neigungen des Kindes Rücksicht zu nehmen (§ 1631a BGB).[256]

Bei allen Maßnahmen der öffentlichen Kinder- und Jugendhilfe sind Kinder und Jugendliche entsprechend ihrem Entwicklungsstand zu beteiligen (§ 8 Abs. 1 SGB VIII). Kinder und Jugendliche haben ein eigenständiges Recht auf Beratung (§ 8 Abs. 3 SGB VIII), auf Inobhutnahme (§ 42 Abs. 1 Nr. 1 SGB VIII) und – soweit sie selbst leistungsberechtigt sind (z. B. § 8 Abs. 3, § 24 und § 42 Abs. 1 Nr. 1 SGB VIII) – ein Wunsch- und Wahlrecht (§ 5 SGB VIII). Bei Hilfen zur Erziehung und bei Eingliederungshilfen sind Kinder und Jugendliche zu beraten und in die Entwicklung eines Hilfeplanes einzubeziehen (§ 36 SGB VIII).

Recht auf gewaltfreie Erziehung

Eines der wesentlichen Elemente des Kindeswohls ist das Recht des Kindes auf gewaltfreie Erziehung (§ 1631 Abs. 2 BGB). Erziehung, die zur Achtung anderer anzuhalten hat, darf sich nicht selbst entwürdigender Mittel bedienen. Der Gewaltbegriff in diesem Sinne geht über den entsprechenden strafrechtlichen Begriff hinaus. Er umfasst neben der körperlich-physischen auch die psychische Gewalt.

Eine konkretisierende Abgrenzung zwischen zulässigem und unzulässigem Zwang hat der Gesetzgeber damit nicht vorgenommen. Auf der Skala denkbarer Gewaltanwendung ist jedenfalls die Anwendung jeglicher (auch leichter) Gewalt zur Sanktionierung von Kindesverhalten (Bestrafung) oder als Beugegewalt zur Beeinflussung des Kindeswillens („vorsorgliche Prügel“) durch § 1631 Abs. 1 BGB geächtet. Zulässig bleibt ein direktes, gegebenenfalls auch heftiges körperliches Einwirken zum Schutz des Kindes (z. B. Verhinderung des Herunterfallens vom Wickeltisch) oder auch zur unmittelbaren Durchführung und Durchsetzung elterlicher Sorgemaßnahmen (z. B. Herausnehmen des Kindes aus dem Sandkasten, Haarewaschen). Dabei sind aber die Grundsätze von Geeignetheit, Erforderlichkeit und Angemessenheit zu beachten.[257]

---

[254] Vgl. BVerfGE 121, 69, Rn. 75.

[255] Dies betrifft auch weitere Bereiche, in denen der Wille des Kindes eine wichtige Rolle spielt, zum Beispiel bei der gerichtlichen Regelung der elterlichen Sorge, beim Umgang mit dem anderen Elternteil, in der Absicherung seiner verfahrensrechtlichen Stellung durch Anhörungs- oder sogar eigene Verfahrensrechte sowie durch die Zuordnung eines Verfahrensbeistandes.

[256] Es gibt darüber hinaus eine Reihe von Vorschriften, die dem Schutz des Kindeswillens vor Fremdbestimmung und dem Schutz des Kindeswohls unabhängig von elterlicher Sorge etc. dienen, wie beispielsweise das strikte Verbot einer Sterilisation (§ 1631c BGB).

[257] Vgl. Coester 2005, 756.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Auch gewaltfreier Zwang zur Durchsetzung elterlicher Ge- oder Verbote ist nur im Rahmen der durch § 1631 Abs. 2 Satz 2 BGB gesetzten Grenzen zulässig, das heißt ohne seelische Verletzungen und entwürdigende Maßnahmen. Andere nicht minder selbstverständliche Grenzen (wie z. B. das Verbot quälender Maßnahmen) erwähnt das Gesetz zwar nicht ausdrücklich, sie ergeben sich aber ebenfalls aus den auch hier zu beachtenden Grundsätzen von Erforderlichkeit und Verhältnismäßigkeit. In gleicher Weise (wenngleich mit anderen Sanktionen) ist ein Vormund in der Ausübung des ihm übertragenen Sorgerechts gebunden. Dasselbe gilt für dritte Personen, denen die Eltern die Ausübung des Sorgerechts überlassen haben (z. B. Internatsleitung, Großeltern). Andere Personen haben gegenüber dem Kind ohnehin keine weiter reichenden Befugnisse als gegenüber anderen Erwachsenen. Sie haben weder Erziehungsfunktionen noch sind sie in sonstiger Weise berechtigt, auf das Kind einzuwirken. Wie gegenüber Erwachsenen haben sie dessen körperliche Integrität, Selbstbestimmung und Würde zu beachten.

Das Gebot der gewaltfreien Erziehung und die Grundsätze der Achtung des Kindes gelten erst recht für staatliche Institutionen, insbesondere die (öffentliche oder über den Staat eingeschaltete freie) Jugendhilfe. Staatliche Institutionen können aber ohnehin nur tätig werden, wenn und soweit sie durch das Kind selbst, durch die Sorgeberechtigten oder aufgrund einer gerichtlichen Entscheidung zum Tätigwerden aufgefordert werden.

Elterliche Sorge

Gemäß Art. 6 Abs. 2 GG haben die Eltern das Recht und die Pflicht, für das Kind zu sorgen. Sie tragen die Verantwortung für das Wohl des Kindes. Dazu gehört neben der Vermögenssorge die Personensorge. Die Letztere umfasst im Wesentlichen Pflege, Erziehung und Aufsicht, das Aufenthaltsbestimmungsrecht sowie die Bestimmung des Umgangs des Kindes mit Dritten.

Sorgehandlungen des wohltätigen Zwangs im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe können daher grundsätzlich nur auf Wunsch der Eltern und auch nur im Rahmen der elterlichen Befugnisse (also insbesondere unter Beachtung von § 1631 Abs. 2 BGB) angewandt werden. Gegen den Wunsch der Eltern sind Sorgehandlungen des wohltätigen Zwangs nur möglich, wenn und soweit ein Eingriff in den elterlichen Erziehungsprimat durch das staatliche Wächteramt legitimiert ist. Insofern ist die elterliche Sorge grundsätzlich ein Schutzschild für das Kind, auch wenn diese Maßnahmen wohltätig sein oder gemeint sein sollten. Einerseits ist die bis zur Grenze der Kindeswohlgefährdung bestehende, nur punktuell eingeschränkte (z. B. §§ 1630, 1631b, 1631c, 1632 Abs. 4 BGB) elterliche Bestimmungsmacht zwar dem Kindeswohl – und damit auch seiner Selbstbestimmung und Selbstachtung – verpflichtet, andererseits aber gegen eine Blockade durch den Willen des Kindes (bis zur Grenze der Gefährdung des kindlichen Wohls) garantiert. Legitimation dieses elterlichen Freiraums ist die Erkenntnis, dass Eltern in der Regel gewillt und am besten in der Lage sein werden, das Wohl und die Wünsche des Kindes zu erkennen und zu verwirklichen. Der Primat der Eltern ist ein Schutz gegen staatliche Einmischung und Fremdsteuerung der Kindeserziehung durch externe Institutionen, wie sie in totalitären Systemen zu finden sind. Dieser Freiraum kann weder anderen Personen (Vormund, sorgerechtsausübende Personen) noch Trägern der Kinder- und Jugendhilfe in gleichem Maße eingeräumt werden.

Den Staat trifft aufgrund seines Wächteramtes (Art. 6 Abs. 2 Satz 2 GG) bei einer Gefährdung des Kindeswohls (§ 1666 BGB) oder auch bei einem entsprechenden Wunsch der Eltern oder des Kindes in erster Linie die Pflicht zur Förderung der (elterlichen) Sorgekompetenz etwa über Hilfen zur Erziehung. Das Recht zum Eingriff in die elterliche Sorge hat er nur, wenn Fördermaßnahmen keinen Erfolg versprechen und andernfalls das Kindeswohl gefährdet wird. Das Sozialgesetzbuch VIII (Kinder- und Jugendhilfegesetz) regelt im vierten Abschnitt des zweiten Kapitels als eigenen Hilfstypus die sogenannten Hilfen zur Erziehung. Sie sind Ausdruck eines Perspektivenwechsels der Jugendhilfe vom hoheitlichen Eingriff hin zur sozialpädagogischen Dienstleistung. Hilfe zur Erziehung ist keine mit der elterlichen Erziehung konkurrierende oder sie gar ersetzende Erziehungsleistung; sie soll die Eltern vielmehr bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben unterstützen. Deshalb sind die Eltern auch nach der Konzeption des Kinder- und Jugendhilfegesetzes Adressaten der Hilfe zur Erziehung. Die Eltern sind zugleich einbezogen in einen kooperativen Prozess der Beratung, Klärung, Planung und Gestaltung der geeigneten und erforderlichen Hilfe (zur Hilfeplanung § 36 SGB VIII).[258] Art und Umfang der Hilfe richten sich dabei nach dem erzieherischen Bedarf im Einzelfall (vgl. § 27 Abs. 2 Satz 2 SGB VIII). Im Einzelnen benennt das Gesetz als Regelbeispiele für den Hilfetypus in den §§ 28-35 SGB VIII die Erziehungsberatung, die soziale Gruppenarbeit, die Erziehungsbeistandschaft und die Betreuungshelfer, die sozialpädagogische Familienhilfe, die Erziehung in einer Tagesgruppe, die Vollzeitpflege, die Heimerziehung oder die Hilfe zur Erziehung in einer sonstigen Einrichtung des betreuten Wohnens und schließlich die intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung.

[258] Vgl. etwa im Überblick Schmid-Obkirchner, in: Wiesner 2015, vor §§ 27-41 Rn. 15 ff.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Bis heute unzureichend verzahnt sind die Interventionen nach Jugendstrafrecht einerseits und Jugendhilferecht andererseits. Der Jugendrichter kann den Jugendlichen verpflichten, Hilfe zur Erziehung in Form der Erziehungsbeistandschaft (vgl. § 12 Nr. 1 JGG) oder in einer Einrichtung über Tag und Nacht bzw. in einer sonstigen betreuten Wohnform (vgl. § 12 Nr. 2 JGG) in Anspruch zu nehmen. Gegen den Willen des Kindes oder Jugendlichen in einer derartigen Situation ausgeübter Zwang wirft die Frage auf, ob dieser als wohltätiger Zwang im oben beschriebenen Sinne gerechtfertigt werden kann. Nicht gerechtfertigt ist er jedenfalls dann, wenn die inhaltlichen Vorgaben des § 1631 Abs. 1 BGB nicht beachtet sind.

Abwendung von Kindeswohlgefährdung

Zur Abwendung von Kindeswohlgefährdung in der Ursprungsfamilie stehen unterschiedliche Instrumente der Förderung oder des Eingriffs zur Verfügung; auch hier ist zunächst der Abwendungsprimat der Eltern zu berücksichtigen. Als Maßnahmen kommen insbesondere in Betracht:

- Inobhutnahme (§ 42 SGB VIII); in Fällen von „Selbstmeldern“ mit oder gegen den Willen der Personensorgeberechtigten (gegebenenfalls richterlicher Genehmigungsvorbehalt); zeitlich befristet;
- freiheitsbeschränkende bzw. freiheitsentziehende Maßnahmen in offener, teiloffener oder geschlossener Unterbringung;
- Hilfeplanung unter qualifizierter Einbeziehung des betroffenen Kindes/Jugendlichen sowie der Personensorgeberechtigten.

Der Abwendung von Kindeswohlgefährdungen in (stationären) Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe dienen Verfahren der Dokumentation von Eingriffen/Maßnahmen, der Genehmigung sowie der Kontrolle und Prüfung der entsprechenden Einrichtungen (§§ 45 ff. SGB VIII). Darüber hinaus sind diese Einrichtungen in der Regel selbst Instrumente des wohltätigen Zwangs, sofern Kinder und Jugendliche gegen ihren Willen dort untergebracht werden. Deshalb bedarf es strenger Kriterien und Verfahren ihrer Kontrolle.

5.2.4 Situation in der Praxis

Die Datenlage zum Einsatz wohltätigen Zwangs in der Kinder- und Jugendhilfe ist, was sowohl statistische Daten und quantitative Erhebungen als auch qualitative Studien angeht, sehr dürftig. Systematische Untersuchungen, wie Kinder und Jugendliche wohltätigen Zwang in Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe erleben und welche seelischen Konsequenzen das Erleben hat, gibt es kaum. Publizierte narrative Schilderungen legen aber nahe, dass Zwangsmaßnahmen und Zwangskontexte häufig als verletzend und demütigend erlebt werden.[259] Im 15. Kinder- und Jugendbericht wird festgestellt, „dass in der gegenwärtigen Diskussion um Übergriffe in pädagogischen Einrichtungen bisher kaum die Perspektive der Jugendlichen und jungen Erwachsenen selbst eingenommen wurde und nur wenig darüber bekannt ist, wie Jugendliche Gewalt sowie Beratungsangebote erfahren“.[260] Diesbezüglich ist ein erhebliches Forschungsdesiderat festzustellen.

Körperlicher Zwang

Erkenntnisse über körperlichen Zwang in professionellen Sorgekonstellationen stammen vor allem aus Interviewstudien mit den ehemaligen Heimkindern der 1950er- und 1960er-Jahre. Diese ehemaligen Heimkinder haben körperlichen Zwang als sehr einschneidend erlebt.[261] Dies ist bei heutigen Heimkindern wohl deshalb nicht mehr der Fall, weil gewalttätige Maßnahmen geächtet und gesetzlich verboten sind. Carsten Höhler berichtet bezüglich der aktuellen Situation, dass viele Jugendliche körperlichen Zwang wie körperliche Überwältigung retrospektiv als notwendig oder hilfreich beurteilen.[262] Trotz unterschiedlicher Bewertungen ist aber festzuhalten, dass „Retraumatisierungen und Verletzungen bei allen Formen des körpergestützten Zwangs zumindest nicht auszuschließen sind“.[263] Höhler weist darauf hin, dass der Beziehungsaufbau zu einer pädagogischen Fachkraft zentral für betreute Kinder und Jugendliche sei. Deshalb werde psychischer Zwang durch Zuwendungsentzug als sehr einschneidend empfunden.

[259] Vgl. Redmann/Gintzel 2017.
[260] BMFSFJ 2017, 440.
[261] Vgl. Kuhlmann 2008, 41 f.
[262] Vgl. Höhler 2009.
[263] Ebd., 93.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Stationäre Unterbringung

Die empirische Erfassung von Freiheitsbeschränkungen und Freiheitsentziehungen bei der stationären Unterbringung von Kindern und Jugendlichen wird dadurch erschwert, dass die Grenzen zwischen offenen und geschlossenen Formen der Unterbringung fließend geworden sind (siehe Abschnitt 5.2.2).

Laut Auskunft der Bundesregierung auf eine Kleine Anfrage der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen wurden im Jahr 2015 von den Familiengerichten bundesweit insgesamt 14.304 Verfahren zur geschlossenen Unterbringung nach § 1631b BGB bearbeitet.[264] Hinzu kamen 1.469 laufende Hilfen zur Erziehung mit richterlicher Genehmigung zur Freiheitsentziehung nach § 1631b BGB.[265] Angaben des Statistischen Bundesamts zufolge stieg die Zahl der von den Gerichten behandelten Fälle zum teilweisen oder vollständigen Entzug der elterlichen Sorge für Kinder und Jugendliche von etwa 7.505 im Jahr 2000 über 12.771 Fälle im Jahr 2010 auf 17.168 im Jahr 2016 an und nahm damit deutlich zu.[266] Diese Angaben betreffen aber nur die Zahl der Fälle, die jeweils von den Gerichten behandelt wurden, geben hingegen nicht an, welche Beschlüsse tatsächlich gefasst und umgesetzt wurden.

In der Kinder- und Jugendhilfestatistik werden freiheitsentziehende Unterbringung und freiheitsbeschränkende Maßnahmen als solche nicht erfasst. Birger Antholz hat auf Basis der Zahlen aus der Jugendhilfestatistik, einer Erhebung des Deutschen Jugendinstituts aus dem Jahr 2013 und einer eigenen Abfrage bei den betreffenden Landesministerien versucht, dennoch konkrete Aussagen zur tatsächlichen Inanspruchnahme der vorhandenen Plätze in geschlossener Unterbringung zu treffen. Die dabei ermittelten Daten sind zwar widersprüchlich, belegen aber dennoch von 2013 auf 2016 einen Rückgang von freiheitsentziehenden Unterbringungen. Seine eigene Erhebung zeige, dass sich im Jahr 2016 in ganz Deutschland 351 Kinder und Jugendliche (ohne Kinder mit körperlicher oder geistiger Behinderung) in 25 Heimen mit freiheitsentziehenden Maßnahmen befunden haben. Davon seien 167 Jungen und 86 Mädchen nach Geschlechtern getrennt und 78 Kinder geschlechtsgemischt untergebracht gewesen. Das Durchschnittsalter wird mit 14,5 Jahren angegeben und die durchschnittliche Verweildauer mit 11,4 Monaten ohne Einbeziehung von abgebrochenen Kurzaufenthalten.[267] Bei der Einschätzung der Validität dieser Daten sind aber die bereits erwähnten fließenden Übergänge zwischen offenen und geschlossenen Formen der Unterbringung zu berücksichtigen, die eine klare Einordnung erschweren dürften.

Die nach eigener Angabe bisher umfangreichste Datenbasis zur Abschätzung der Wirkungen erzieherischer Hilfen identifiziert für die stationäre Unterbringung durchaus positive Befunde: Auf der Basis einer Teilstichprobe von 2.160 vollständigen Hilfeverläufen wiesen 58 Prozent der Jugendlichen in stationären Einrichtungen in mindestens einem der drei untersuchten Entwicklungsbereiche (im psychosozialen Bereich, im Lern- und Leistungsbereich oder bei der Eigenverantwortlichkeit) signifikante Verbesserungen auf.[268] Umstritten ist freilich, ob und gegebenenfalls unter welchen Bedingungen geschlossene Formen der Unterbringung überhaupt zielführend und pädagogisch angemessen sind.[269] Von den Kindern- und Jugendlichen werden geschlossene Türen und ausstiegssichere Fenster laut einer Studie mit „Knast“ und „Psychiatrie“ assoziiert.[270] Vor allem aber konnte bislang empirisch offenbar nicht ausreichend erhärtet werden, dass sich eine geschlossene Unterbringung langfristig positiv auf das weitere Leben des Betroffenen auswirkt.[271]

Intensiv-pädagogische Erziehungskonzepte

Intensiv-pädagogische Erziehungskonzepte mit Zwangselementen etwa in Form von Phasen- und Stufenplänen oder Time-out-Räumen sind verhaltenstherapeutisch motiviert und stützen sich auf behavioristisch fundierte Erkenntnisse, die auf Beobachtungen und Experimenten beruhen. Sie können die Konditionierung von Verhalten bewirken. Es ist allerdings unter Pädagogen strittig, inwiefern sie einen nachhaltigen Beitrag zu einer selbstständigen Lebensführung leisten können.[272] Um Letzteres wissenschaftlich nachzuweisen, sind komplexe Wirkfaktoren und Wirkungskontexte in den Blick zu nehmen.[273] Phasen- und Stufenmodelle bergen die Gefahr von Bestrafungsspiralen: Je mehr Regeln auferlegt werden, desto mehr Regelverstöße geschehen, die wiederum

[264] Vgl. Deutscher Bundestag 2017, 3 (Tab. 1).
[265] Vgl. ebd., 4 (Tab. 2).
[266] Vgl. Statistisches Bundesamt 2017a, 8 (für 2016), 14 (für 2000 und 2010).
[267] Vgl. Antholz 2017.
[268] Vgl. Tornow 2008, 34.
[269] Vgl. etwa Hansbauer 2016.
[270] Vgl. Schwabe/Evers 2008.
[271] Vgl. etwa Wölfel/Redmann/Löffler 2016; Lindenberg 2011.
[272] Vgl. etwa Doll 2016; Kunstreich 2016.
[273] Vgl. etwa Albus et al. 2010.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

bestraft werden. Fabian Kessl weist darauf hin, dass verhaltenspädagogische Konzepte missbräuchlich Anwendung finden können, wenn Funktionalitätsaspekte das pädagogische Handeln dominieren.[274]

Auszeiträume ermöglichen es, dass hochaggressive Kinder und Jugendliche besser und länger in der Gemeinschaft mit anderen Kindern und Jugendlichen gehalten werden können. Dies kommt nicht nur diesen anderen, sondern vor allem auch ihnen selbst zugute. Freilich ist dem betroffenen Kind oder Jugendlichen das Motiv für diese vorübergehende Isolierung in einem Auszeitraum nicht immer ersichtlich. Dies betrifft besonders Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung. Versteht das Kind den Sinn einer Maßnahme nicht, so erlebt es diese nur als Schikane. Zudem besteht die Gefahr, lediglich die Symptome des herausfordernden Verhaltens einzudämmen, nicht aber an den Ursachen anzusetzen und insbesondere die situative Binnensicht des Kindes und Jugendlichen zu erhellen. Damit können solche einschneidenden Interventionen zu Retraumatisierungen des Kindes bzw. des Jugendlichen führen.[275]

Im pädagogischen Fachdiskurs stoßen solche restriktiven oder auch konfrontativen Erziehungskonzepte auf Vorbehalte. Freilich lässt die Forschungslage bislang nur erste Vermutungen zu. Die wenigen empirischen Studien, die zu Zwang, Disziplinierung und Sanktionen in der Kinder- und Jugendhilfe vorliegen, bezweifeln, dass solche Maßnahmen tatsächlich in erster Linie zum Wohl der Betroffenen eingesetzt werden. Anscheinend neigt ein beträchtlicher Anteil der Fachkräfte dazu, nicht nur Regeln durchzusetzen, sondern diese Maßnahmen als Strafen einzusetzen, ohne dass die Schwere der Problemlagen dieses Maß an Strafbereitschaft rechtfertigen könnte.[276] Gelegentlich überwiegt ein Misstrauen, das keine auf Verständigung und Verzeihen ausgerichtete „Form des Aushandelns über den Umgang mit einer Verfehlung“[277] zulässt. Zudem werden diese Zwangselemente oftmals eingesetzt, ohne dass eine gewachsene, von Empathie und Vertrauen geprägte Beziehung zwischen Kind bzw. Jugendlichem einerseits und pädagogischer Fachkraft andererseits bestünde. Damit unterscheiden sich diese Zwangselemente grundsätzlich von solchen, die für die alltägliche Erziehung in der Familie mit ihrer Mischung aus Bindung, Bedürfnisbefriedigung, Wahlmöglichkeiten und Zwangsmomenten typisch sind und damit im Sinne des Kindes und des Jugendlichen durchaus erfolgreich sein können.[278]

Die Experten aus der Jugendhilfe, die der Deutsche Ethikrat anhörte, stehen sehr kritisch zu pädagogischen Zwangselementen.[279] Manche Kinder würden „kurzfristig häufig mit einer scheinbaren Verbesserung“ reagieren; danach aber setze ein „Kartenhauseffekt“ ein und es fehle langfristig an Nachhaltigkeit.[280] Es wurde darauf hingewiesen, dass es keine Langzeitstudien zu restriktiven bzw. konfrontativen Erziehungskonzepten in der Kinder- und Jugendhilfe gibt. Aus der Erziehungsforschung sei aber bekannt, „dass rigide und strafförmige Erziehungspraktiken geeignet sind, um Heteronomieerleben zu erhöhen, Selbstbewusstsein und Empathie zu reduzieren und insgesamt Entwicklungsmöglichkeiten abzusch[n]eiden und Entwicklungsproblematiken zu erhöhen“.[281]

Zwangsbehandlung

Das „Ruhigstellen“ mit Medikamenten gilt als ein Zeichen für gescheiterte pädagogische Anstrengungen bei Kindern und Jugendlichen, die zum Beispiel eine verminderte Aufmerksamkeit bzw. mangelnde Impulskontrolle aufweisen oder auch Zwängen und hieraus resultierenden Handlungen unterliegen und vieles andere mehr. Bei Kindern und Jugendlichen mit einer geistigen Behinderung sind neben körperbezogenen Symptomen, wie zum Beispiel epileptischen Anfällen, Seh- und Hörstörungen, auch Verhaltensauffälligkeiten ausgesprochen häufig. Es gibt Hinweise darauf, dass die dauerhafte Gabe von Psychopharmaka bei unterschiedlichen Verhaltensauffälligkeiten in den vergangenen Jahren nicht nur in den USA, sondern auch in Westeuropa zugenommen hat, dies allerdings unter anderem in Abhängigkeit von den Substanzgruppen, dem Alter, dem Geschlecht und dem jeweiligen Land.[282] Während in Deutschland in den 2000er-Jahren vor allem deutlich mehr stimulierende Substanzen zur Behandlung einer gestörten Aufmerksamkeit und Impulskontrolle verschrieben wurden, ist in den 2010er-Jahren bei Jungen eine relevante Zunahme in der Verschreibung von antipsychotisch wirksamen

[274] Vgl. Kessl 2015.
[275] Vgl. MBJS 2013, 77 f.
[276] Vgl. Mohr/Ritter/Ziegler 2017, 21 f.
[277] Vgl. Clark/Schwerthelm 2017, 17.
[278] Vgl. Schwabe/Vust 2008, 75 f.
[279] Online-Dokumentation der Anhörung „‚Wohltätiger Zwang‘ in der Kinder- und Jugendhilfe“ des Deutschen Ethikrates am 18. Mai 2017 unter https://www.ethikrat.org/anhoerungen/wohltaetiger-zwang-in-der-kinder-und-jugendhilfe [15.08.2018].
[280] So Hubert Schwizler und Daniel Götte im Rahmen der Anhörung auf die Frage, wie Kinder bzw. Jugendliche erfahrungsgemäß auf Zwangsmaßnahmen kurz-, mittel- und langfristig reagierten.
[281] So Holger Ziegler im Rahmen der Anhörung auf die Frage, welche mittelbaren und unmittelbaren Folgen wohltätigen Zwangs sich feststellen ließen.
[282] Vgl. Chien et al. 2013; Hsia/Maclennan 2009; Meng/D’Arcy/Tempier 2014; Olfson et al. 2012; Zito et al. 2008.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Substanzen sowie bei Mädchen bei antidepressiv wirksamen Substanzen in der Altersgruppe der 14- bis 17-Jährigen zu verzeichnen.[283] Zur Problematik einer aus der Praxis berichteten nicht regelmäßig überprüften und hinterfragten Dauergabe von Medikamenten bei Kindern mit und ohne Behinderung fehlt bislang in Deutschland eine belastbare systematische Forschung.

Kinder mit Behinderung sind stärker als Kinder ohne Behinderung wohltätigem Zwang aufgrund von häufigen bzw. regelmäßigen medizinischen Behandlungen und intensiver pädagogischer Förderung ausgesetzt. Gerade kleine Kinder sowie Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung, die die Erfahrungen schwer einordnen können, können traumatische Belastungsstörungen entwickeln.[284]

Beteiligung und Beschwerdemöglichkeiten

Nicht selten treten in der Kinder- und Jugendhilfe Konflikte auf, für die kind- bzw. jugendgerechte Lösungen ohne Zwang gefunden werden sollten. Dazu können Partizipationsverfahren und Beschwerdemöglichkeiten einen relevanten Beitrag leisten.[285] Es konnte empirisch nachgewiesen werden, dass Partizipation nicht nur Zwang vermeiden hilft, sondern darüber hinaus ein wesentlicher Wirkfaktor für den Erfolg von Maßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe in Bezug auf den weiteren Lebensweg der Hilfeempfänger ist.[286]

Partizipation ist im Hilfeplanverfahren vorgeschrieben, wird dabei aber durchaus unterschiedlich umgesetzt. Eine aktuelle Studie zeigt, dass die Jugendamtsmitarbeiter der Beteiligung im gesamten Hilfeprozess zwar überwiegend eine hohe Relevanz zusprechen, diesem Anspruch aber aufgrund hoher Fallzahlen oft nicht gerecht werden können.[287]

Beteiligungsverfahren innerhalb der Einrichtungen sind Gruppenräte, Heimbeiräte oder Heimparlamente. Interne Beschwerdeverfahren basieren auf gewählten Vertrauenserziehern oder externen Vertrauenspersonen. In kleineren, mit demokratischen Erziehungskonzepten arbeitenden Einrichtungen sind interne Beteiligungs- und Beschwerdeverfahren mittlerweile weit verbreitet, insbesondere große Einrichtungen, „die mit starker Hierarchie und wenig dialogischer Organisationsstruktur und -kultur“ arbeiten, tun sich damit noch schwer.[288]

Ombudsstellen sind externe Beschwerdestellen, die Kindern, Jugendlichen und Eltern als niedrigschwellige Anlaufstellen dienen. Eine Ombudschaft hat die Aufgabe, die Stellung der Hilfeadressaten gegenüber Leistungsträgern und Leistungserbringern zu stärken, das Gelingen von Hilfeprozessen durch Beteiligung zu fördern und durch Aushandlung und Mediation einen wichtigen Beitrag zur Vermeidung von Zwang zu leisten.[289] Damit Ombudsstellen Menschen effektiv unterstützen können, ihre Sicht der Dinge und ihre Wünsche in die Verfahren der Kinder- und Jugendhilfe einzubringen, sollten sie folgende Mindestanforderungen erfüllen: Unabhängigkeit, klares Mandat und umfassende Befugnisse, Erreichbarkeit für Kinder- und Jugendliche, Kooperation mit anderen Organisationen und Rechenschaftspflicht auch gegenüber den Jugendlichen.[290] Seit ungefähr 15 Jahren findet eine zunehmende Etablierung und Professionalisierung von Ombudsstellen in den meisten Bundesländern statt. Ein gesetzlicher Rahmen dafür fehlt aber bislang.[291]

5.2.5 Ethische Reflexion

Zwangsmaßnahmen werden von den betroffenen Kindern und Jugendlichen oftmals als demütigend erlebt. Gleichzeitig ist über die langfristigen Folgen von Zwang in der Kinder- und Jugendhilfe viel zu wenig bekannt. Die empirische Evidenz wäre jedoch eine notwendige, wenn auch keine hinreichende Voraussetzung für eine ethische Rechtfertigung von Freiheitseinschränkung und -entzug sowie auf Zwang basierenden restriktiven bzw. konfrontativen Erziehungskonzepten in der Kinder- und Jugendhilfe.

Erziehung soll Kinder und Jugendliche befähigen und unterstützen, sich zu Personen zu entwickeln, die zu einer freiverantwortlichen Lebensführung in der Lage sind. Dabei sind sie auf die Unterstützung von erwachsenen Personen angewiesen. Die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen wird nicht lediglich durch Anlage und Umwelt – biologische, gesellschaftliche und stärker idiosynkratische Einflüsse – geprägt, sondern ist Ergebnis

[283] Vgl. Abbas et al. 2016.
[284] Vgl. Irblich 2004.
[285] Vgl. die Beiträge in Equit/Flößer/Witzel 2017.
[286] Vgl. Albus et al. 2010.
[287] Die meisten Fachkräfte im Allgemeinen Sozialen Dienst müssen eine weit höhere Fallzahl als die 35 Fälle bearbeiten, die von der Bundesarbeitsgemeinschaft Allgemeiner Sozialer Dienst/Kommunaler Sozialer Dienst empfohlenen werden (vgl. Beckmann/Ehlting/Klaes 2018, 119).
[288] Knuth/Stork 2014, 248.
[289] Vgl. Arnegger 2018.
[290] Vgl. Hansbauer/Stork 2017.
[291] Vgl. DIMR 2016.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

eines auch von den individuellen Bedürfnissen und Präferenzen des Kindes geprägten Prozesses. Wie zu Beginn von Kapitel 2 bereits ausgeführt wurde, gestalten schon Säuglinge und Kleinkinder menschliche Interaktionen aktiv mit. Das Kind als Akteur seines eigenen Lebens steht konsequenterweise im Mittelpunkt der neueren Kindheitsforschung. Erziehung hat sich dementsprechend auch an der Person des Kindes, seinen subjektiven Wünschen und Zielen zu orientieren. Das Kind sollte sich darauf verlassen können, von den sorgenden Personen und Institutionen als personaler Akteur wahr- und ernstgenommen zu werden. Die Entwicklung von Freiverantwortlichkeit, die Fähigkeit, Initiative zu ergreifen und Neues auszuprobieren, das Gefühl, als Person anerkannt zu werden, die Fähigkeit, Erfahrungen und Rollen zu einer tragfähigen Identität zu integrieren – das alles setzt voraus, dass das Kind zu Selbstwirksamkeit und Selbstvertrauen ermutigt und sein Vertrauen in andere Menschen und in Institutionen gefördert wird.[292]

Erziehung soll sich am Ziel der Entwicklung des Kindes bzw. des Jugendlichen zu einer freiverantwortlichen Person orientieren, muss aber – um dieses Ziel zu erreichen – gleichermaßen die aktuellen Bedürfnisse und Interessen des Kindes und Jugendlichen berücksichtigen. Das bedeutet auch, das Kind als moralisch empfindendes Wesen ernst zu nehmen. Über lange Zeit wurde Kindern allerdings die Fähigkeit zu einem eigenen, nicht heteronormen, das heißt nicht ausschließlich von Erwachsenen geprägten moralischen Empfinden abgesprochen.[293] Das behinderte die Sensibilität für die moralischen Kränkungen des Kindes durch eine allzu autoritäre Erziehung. Die Entwicklungspsychologie hat jedoch in den letzten Jahren wichtige empirische Erkenntnisse erlangt, die solche überkommenen Überzeugungen grundlegend infrage stellen. Im Unterschied zu den Ansichten von Jean Piaget und Lawrence Kohlberg sehen Entwicklungspsychologen heute sogar Kleinkinder nicht mehr als amoralische und autoritätshörige Wesen an, sondern als befähigt zu eigenen, für sie bedeutungsvollen – wenngleich noch nicht ausdifferenzierten oder gar rational reflektierten – moralischen Empfindungen.[294]

Kinder und Jugendliche haben ein Recht darauf, dass ihre moralischen Empfindungen wahrgenommen und respektiert werden. Sie sollten in allen Altersstufen als Personen mit Würde behandelt werden und keinen herabwürdigenden, demütigenden Verhaltensweisen ausgesetzt sein.[295] Kindheit hat – als eine Phase des menschlichen Lebens – einen intrinsischen Wert[296] und sollte nicht nur als ein vorübergehendes, defizitäres Stadium der menschlichen Entwicklung angesehen werden.[297] Fürsorglich-paternalistische Entscheidungen müssen sich gleichermaßen an der Person des Kindes und ihren Wünschen und Bedürfnissen wie an der des zukünftigen Erwachsenen orientieren. Das aktuelle Wohl des Kindes ist ebenso zu beachten wie das zukünftige, und in die Bestimmung des aktuellen Wohls müssen subjektive Aspekte, insbesondere die Willensäußerungen des Kindes, maßgeblich einfließen.[298] Willensäußerungen müssen allerdings von reflexartigen Handlungen, die spontan und impulsartig erfolgen und keine Beziehung zu den persönlichen Werten und Überzeugungen des Kindes aufweisen, unterschieden werden.

Die Einschätzung des Kindeswohls, auch des subjektiven Wohls, obliegt zunächst einmal jenen Menschen, die eine enge personale Beziehung zum Kind haben. In aller Regel sind dies die Eltern bzw. Sorgeberechtigten. Aufgrund ihrer Vertrautheit mit dem Kind sind sie üblicherweise am besten in der Lage, die Bedürfnisse des Kindes zu verstehen, angemessen zu interpretieren und in Entscheidungen umzusetzen.[299] Ihnen steht aufgrund ihrer persönlichen Beziehung zum Kind und ihrer herausgehobenen persönlichen Kenntnis des Kindes die elterliche Sorge zu. In ihren Entscheidungen über das Kind sind aber auch sie verpflichtet, das Kind so weit wie möglich zu beteiligen.

Die in Art. 12 UN-KRK geforderten Partizipationsrechte des Kindes verpflichten darüber hinaus insbesondere staatliche Institutionen und Behörden, Kindern bei allen sie betreffenden Angelegenheiten ein Anhörungs- und Mitspracherecht einzuräumen.[300]

Um sich zu einer freiverantwortlichen Person entwickeln zu können, sind Selbstvertrauen und Selbstachtung unerlässlich. Beide Voraussetzungen entwickeln sich nur in von Respekt gekennzeichneten Beziehungen. Insofern hat die Partizipation des Kindes an allen Entscheidungen, die es betreffen, auch einen instrumentellen Wert, weil der sich darin ausdrückende Respekt vor der kindlichen Persönlichkeit erst jene Voraussetzungen schafft,

[292] Vgl. Erikson 1997.
[293] Vgl. Garz 2008.
[294] Gopnik 2009, 17.
[295] Vgl. Baumann/Bleisch 2015; Stoecker 2013.
[296] Vgl. Macleod 2015; Bagattini 2016.
[297] Damit ist etwa Tamar Schapiros Position, Erwachsene hätten die Pflicht „to help children work their way out of childhood“ (Schapiro 1999, 735), zurückzuweisen.
[298] Vgl. Wiesemann 2014; Wiesemann 2016.
[299] Vgl. Schickhardt 2012, 261 f.
[300] Vgl. Krappmann 2010; Krappmann 2013.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

die für die zukünftige Entwicklung des Kindes unerlässlich sind. So könnte zwar etwa im Fall eines Schulverweigerers gefordert sein, den Schulbesuch zu erzwingen, um die Entwicklung des Kindes zu einer zukünftig freiverantwortlichen Person zu ermöglichen. Soll das Kind nachhaltig zum Schulbesuch motiviert werden, darf dabei aber nicht außer Acht gelassen werden, welche Motive das Kind zu seinem Verhalten veranlassen, wie das Kind als Mensch mit eigenen Wünschen und Bedürfnissen in die Auswahl der Maßnahmen einbezogen werden kann und ob die in Betracht gezogenen Maßnahmen entwürdigende Züge tragen. Letzteres ist etwa auf jeden Fall dann gegeben, wenn sie vom Kind als demütigend oder traumatisierend erlebt werden. Auch mit der Anwendung solcher Zwangselemente, die auf regelkonformes Verhalten durch Konditionierung setzen und damit heteronomes Verhalten fördern, wird die individuelle Persönlichkeit des Kindes missachtet. Ein derartiges Vorgehen ist deshalb nicht gerechtfertigt. Stattdessen sind Erziehungshilfen gefordert, die auch schon beim Kind selbstbestimmtes Verhalten respektieren und fördern, die Kooperation des Kindes suchen und langfristig das Vertrauen des Kindes in Erziehungspersonen fördern.[301]

Die spezifische Problematik der Legitimierung von Zwang in der Kinder- und Jugendhilfe liegt also darin, einerseits die Entwicklung des Kindes bzw. des Jugendlichen zu einer freiverantwortlichen Person als legitime bzw. gebotene Zielsetzung anzuerkennen, andererseits aber gleichzeitig das Kind bzw. den Jugendlichen in seiner aktuellen Situation nicht für dieses Ziel zu instrumentalisieren und damit seine Würde zu missachten. Dies gilt für alle vier beschriebenen Formen von wohltätigem Zwang in professionellen Erziehungskonstellationen, körperlichen Zwang, Freiheitsbeschränkung oder -entziehung, intensiv-pädagogische Konzepte mit Zwangselementen sowie zwangstherapeutische Maßnahmen.

Mit Blick auf die Legitimation einer geschlossenen Unterbringung ist besonders zu berücksichtigen, dass diese „ein massiver und hoch riskanter Eingriff in die Lebenswelt und Biografie junger Menschen *ist*, deren nachhaltige Wirksamkeit bis jetzt nicht belastbar nachgewiesen wurde“.[302]

In Bezug auf intensiv-pädagogische Konzepte gilt, dass diese dann, wenn „Zwang und Unterordnung […] keine Selbstermächtigung hervorbringen“ und aufseiten des Kindes bzw. des Jugendlichen „nur zur Verlängerung der Erfahrung von Ohnmacht und damit bestenfalls zu Resignation und äußerer Anpassung“ führen[303], die eigentlich verfolgte wohltätige Absicht konterkarieren und nicht zu rechtfertigen sind.

Die Fähigkeit zur freiverantwortlichen Entscheidung muss jeweils individuell und kontextbezogen geprüft werden und kann auch schon vor Erreichen der Volljährigkeit gegeben sein. Eine generalisierende Orientierung an Altersstufen, wie sie das Recht im Verhältnis zu Dritten aus guten Gründen vorsieht, ist für die ethische Beurteilung nicht angemessen, weil sie der Individualität des Kindes bzw. des Jugendlichen nicht gerecht wird.

Nur wenn keine oder (noch) keine Freiverantwortlichkeit des Kindes bzw. des Jugendlichen vorliegt, kann wohltätiger Zwang gegebenenfalls gerechtfertigt sein. Die Einschätzung, inwieweit schon Freiverantwortlichkeit vorliegt, ist für die Legitimation wohltätigen Zwangs besonders wichtig. Allerdings ist gerade bei Jugendlichen die Grenzziehung, ob Freiverantwortlichkeit vorliegt oder nicht, einerseits mitunter schwierig, andererseits gerade deshalb aber gewissenhaft vorzunehmen, zu begründen und transparent zu machen.

Die fragliche Zwangsmaßnahme bedarf in der Regel der stellvertretenden Einwilligung der Erziehungsberechtigten. Ohne Einwilligung der Eltern darf eine Zwangsmaßnahme nur durchgeführt werden, wenn die Eltern nicht rechtzeitig erreichbar sind oder wenn sie das Kindeswohl erheblich gefährden.

5.3 Wohltätiger Zwang im Kontext der Altenpflege und Behindertenhilfe

5.3.1 Problemaufriss

Altenhilfe

Einrichtungen der Altenhilfe: Zum Jahresende 2015 lebten in Deutschland etwa 783.000 Menschen vollstationär in Pflegeheimen.[304] Altenpflegeheime als eigenständige soziale Einrichtungen gibt es hierzulande erst seit den 1950er-Jahren. Sie verstanden sich ursprünglich als eine Weiterentwicklung der Armen- und Siechenhäuser des 19. Jahrhunderts, in denen Menschen, die nicht (mehr) über Familie und ausreichende finanzielle Mittel verfügten, ihren Lebensabend verbringen sollten, und standen entsprechend ursprünglich unter der Zielsetzung der „Verwahrung“ der betroffenen Personen. In den späten 1960er- und in den 1970er-Jahren orientierte sich die stationäre Versorgung pflegebedürftiger Menschen am Leitbild des Krankenhauses. Erst in den 1980er-Jahren gewann das Wohnen einen größeren Stellenwert – verbunden mit der Idee, dass sich die Versorgung

[301] Vgl. Redmann 2017.
[302] Vgl. Wölfel/Redmann/Löffler 2016, 117 [Hervorhebung im Original].
[303] Ebd., 120.
[304] Vgl. Statistisches Bundesamt 2017b, 7.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

nicht allein an Defiziten der Pflegebedürftigen orientieren dürfe, sondern auch die noch vorhandenen Ressourcen der Betroffenen zu fördern habe. In den 1990er-Jahren wurde die Forderung nach weiterer Öffnung der Einrichtungen laut, und zwar im Sinne von kleineren Einheiten und Hausgemeinschaftskonzepten.

Altenpflegeberuf: Mit dem Wandel der stationären Versorgung pflegebedürftiger Menschen ändern sich auch die Anforderungen an die Qualifikation der Pflegekräfte. Die Pflege älterer Menschen wurde lange Zeit als „spezifisch weibliche Kompetenz" angesehen, die keine eigene Aus-, Fort- oder Weiterbildung erforderte. Erste Ausbildungsinitiativen wurden ab Ende der 1950er-Jahre ergriffen. Zur bundesweiten Angleichung der Altenpflegeausbildung an das Niveau der Krankenpflege trugen die 1993 eingeführte Heimpersonalverordnung und die 1995 eingeführte soziale Pflegeversicherung bei, die als Pflegefachkräfte Altenpflegekräfte nur dann anerkennt, wenn diese eine dreijährige Ausbildung nachweisen. 2020 tritt das Pflegeberufegesetz in Kraft, mit dem die Ausbildungen in der Kranken-, Kinderkranken- und Altenpflege integriert werden. Mit anderen Worten: Der Beruf des Altenpflegers ist ein vergleichsweise junger Beruf, dessen Entwicklung zudem noch nicht abgeschlossen ist.

Grundlegendes Verständnis von Alter im Kontext der Altenpflege – von der Defizit- zur Kompetenzperspektive: Mit den skizzierten Veränderungen der Pflegeinstitutionen und Pflegeausbildung geht eine Veränderung in den die Betreuung und Versorgung leitenden Perspektiven auf Alter und Pflege einher. Der Wechsel von einer Defizit- zu einer Kompetenzperspektive hat sich in den meisten Einrichtungen der Altenhilfe durchgesetzt und bestimmt die berufliche Identität von Pflegefachpersonen.[305] Allerdings kann ein derartiger Perspektivenwechsel auch zu Konflikten führen, wenn Mitarbeiter sowie Angehörige eher eine kompetenz-, Bewohner (ebenso wie Patienten) hingegen eher eine defizitorientierte Sicht auf das hohe Alter einnehmen. Mitarbeiter versuchen möglicherweise, gegen den Willen alter Menschen bestimmte Übungen, Trainings und Rehabilitationseinheiten durchzusetzen, weil sie – aus fachlicher Perspektive – von deren kompetenzförderlichen Wirkungen überzeugt sind. Dagegen lehnen nicht wenige alte Menschen derartige Maßnahmen aus der Überzeugung ab, dass im hohen Alter keine positiven Veränderungen mit Blick auf Selbstbestimmung, Teilhabe und Lebensqualität mehr erzielt werden können. Mit anderen Worten: Hier steht die Außenperspektive im Konflikt mit der Binnenperspektive.[306]

Nun darf allerdings die Entwicklung von einer Defizit- zu einer Kompetenzperspektive nicht in der Weise gedeutet werden, dass man bei allen alten Menschen von einer Kompetenz- bzw. einer Ressourcenperspektive ausgeht und Erwartungen an sie heranträgt, die sie unmöglich erfüllen können.[307] Gerade im hohen (oder vierten) Lebensalter, das heißt ab Mitte des neunten Lebensjahrzehnts, ist bei vielen alten Menschen ein Rückgang an Plastizität (neuronaler, körperlicher, kognitiver Veränderbarkeit) und Resilienz (psychischer Widerstandsfähigkeit) erkennbar, der im Falle chronisch-progredienter Erkrankungen und damit assoziierter Funktionseinbußen sogar sehr stark ausfällt.[308] In einem solchen Fall ist vor Überforderung zu warnen, sind die Aussagen eines Individuums, dass auf Übung, Training und Rehabilitation verzichtet werden möge, sehr ernst zu nehmen. Hier ergibt sich abermals eine thematische Nähe zum wohltätigen Zwang: nämlich in der Hinsicht, dass die gegen den Willen des betreffenden Menschen eingesetzten Interventionsmaßnahmen diesem vielleicht nur auf den ersten Blick guttun, bei genauerer Analyse hingegen vielleicht sogar mehr Schaden als Nutzen bringen. Mit anderen Worten: Die subjektive Sicht des alten Menschen sollte bei der Anwendung jeglicher Interventionsmaßnahmen ausführlich erfragt und berücksichtigt werden.

Ein zweiter Perspektivenwechsel, der dem heutigen Verständnis von Versorgung und Betreuung zugrunde liegt, ist durch die Integration von Verletzlichkeit und Potenzialen bestimmt.[309] Dabei erweist sich diese Integration auch bei jenen alten Menschen als notwendig und fruchtbar, die pflegebedürftig sind oder an einer Demenz leiden. Eine problematische, gleichwohl häufig gebrauchte Argumentationsfigur mit Blick auf das hohe Alter lautet, dass zwischen „kompetenten" Menschen einerseits und den „hinfälligen", „pflegebedürftigen" und „dementen" alten Menschen andererseits zu unterscheiden sei. Die Integration von Potenzial- und Verletzlichkeitsperspektive ist als empirisch fundierter Gegenentwurf zu diesem Altersbild zu verstehen[310] – sie bildet die Basis für die Erfassung *interindividuell verschiedenartiger Verlust-Gewinn-Relationen*. Zudem rückt sie die *intraindividuellen* Veränderungsprozesse in den Blick: Es lassen sich auch bei jenen Menschen, bei denen Pflegebedürftigkeit oder eine Demenz vorliegt, in der körperlichen und kognitiven Leistungsfähigkeit wie auch in der emotionalen Befindlichkeit große intraindividuelle Unterschiede finden, das heißt erhebliche Variationen schon

[305] Vgl. Güther 2015.
[306] Vgl. Frühwald 2012; Remmers 2000; Riedel 2013.
[307] Vgl. Remmers/Walter 2012.
[308] Vgl. Fried et al. 2001; Murray et al. 2005.
[309] Vgl. Kruse 2017; Kuhlmey/Blüher 2011.
[310] Vgl. BMFSFJ 2016, 21.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

über sehr kurze Zeiträume beobachten. Zudem darf nicht übersehen werden, dass Pflegebedürftigkeit nicht notwendigerweise mit einem Verlust an Selbstbestimmung und Entscheidungsfähigkeit verbunden ist. Im Gegenteil: Nicht wenige Menschen, bei denen Pflegebedürftigkeit besteht, sind zu einer freiverantwortlichen Entscheidung in der Lage und sehen die von außen vorgenommene Einschränkung ihrer Selbstbestimmungsrechte als eine der größten psychischen Belastungen an.[311]

Aber auch die Integration der Verletzlichkeits- und Potenzialperspektive darf nicht in der Weise verstanden werden, dass die Potenziale einseitig in den Vordergrund gerückt, die Vulnerabilitäten hingegen übergangen werden. Gerade im hohen Alter ist mit immer häufigeren Phasen körperlicher und emotionaler Erschöpfung zu rechnen, die die Anwendung von Interventionsmaßnahmen nicht mehr rechtfertigen, weil diese eher mit einer Abnahme denn mit einer Zunahme an Lebensqualität und Wohlbefinden verbunden sind. Dies gilt vor allem dann, wenn chronisch-progrediente Erkrankungen mehr und mehr auf letzte körperliche, kognitive und emotionale Grenzen deuten und allmählich in einen präfinalen und finalen Zustand münden.[312]

Alte Menschen in der Behindertenhilfe

Einrichtungen der Behindertenhilfe: In der Mitte des 19. Jahrhunderts entstanden zahlreiche Heil- und Pflegeanstalten, meist in kirchlicher Trägerschaft, die in Konzeption und Struktur psychiatrischen Anstalten ähnelten. In diesen Anstalten lebten Menschen mit geistigen und komplexen Beeinträchtigungen in „Sonderwelten“, getrennt von Familie und Gemeinde. Exklusion und Konzentration von Menschen mit Beeinträchtigungen in Anstalten erleichterten die Euthanasieaktion in der Zeit des Nationalsozialismus, der eine große Zahl an Menschen mit körperlichen, geistigen oder seelischen Beeinträchtigungen zum Opfer fiel. Mit einer deutlich verringerten Bewohnerschaft arbeiteten die Behindertenheime in der Nachkriegszeit zunächst konzeptionell in der Weise weiter wie zuvor. Obwohl das Konzept der heilpädagogischen Förderung schon sehr viel früher (nämlich in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts) entwickelt und in einzelnen Ländern erfolgreich umgesetzt worden war, löste dieses in Deutschland erst in den 1970er-Jahren die „Verwahrung und Versorgung“ in den Anstalten ab. Das aus Skandinavien übernommene „Normalisierungsprinzip“ führte dazu, dass lange Flure und Schlafsäle verschwanden und durch Wohneinheiten mit Einzelzimmern und Wohn-Küchen-Bereich ersetzt wurden. In den Behinderteneinrichtungen leben die Bewohner meist lebenslang.

Heilpädagogische Berufe: Der Begriff der Heilpädagogik wurde in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts eingeführt. Der als Leitbild dieser Disziplin geltende, ganzheitliche Förderansatz drückt sich in dem besonderen Gewicht aus, das auf pädagogisch-therapeutische Angebote gelegt wird. Diese autonomie- und teilhabeorientierten Angebote zielen nicht allein auf den (individuell und sozial) verantwortlichen Umgang mit kognitiven oder körperlichen Beeinträchtigungen sowie mit Verhaltensauffälligkeiten, sondern auch und vor allem auf die Identifikation und Nutzung von körperlichen, kognitiven und emotionalen Ressourcen des Individuums. Dies spiegelt sich auch in der Ausbildung von Heilpädagogen wider. Eingangsvoraussetzung der 18 bis 24 Monate dauernden Ausbildung ist ein staatlich anerkannter Abschluss als Erzieher, Jugend- und Heimerzieher oder Heilerziehungspfleger. Auch diese Eingangsvoraussetzung unterstreicht die pädagogisch-therapeutische Orientierung dieses Berufs.

Grundlegendes Verständnis von Alter und Behinderung im Kontext der Behindertenhilfe – von einer Verlust- zu einer Befähigungsperspektive: Insgesamt gibt es keine Belege für die Annahme, dass Menschen mit Beeinträchtigung generell anders altern als Menschen ohne Beeinträchtigung. Im Einzelfall bestehende Unterschiede sind vor allem auf *beeinträchtigungsspezifische* Einschränkungen zurückzuführen. Zudem haben Menschen mit Beeinträchtigung ihr Leben möglicherweise unter Bedingungen geführt, die nicht förderlich für die Entwicklung und Erhaltung von Kompetenz, Selbstbestimmung und Teilhabe gewesen sind – die beobachtbaren Unterschiede zu Menschen ohne Beeinträchtigung sind in diesem Fall bis zu einem gewissen Grad durch die Institutionen bedingt. Wird die Fähigkeit älterer Menschen, Neues zu lernen und sich erfolgreich an veränderte Aufgaben und Anforderungen anzupassen, schon allgemein unterschätzt, so werden Hinweise auf die *Plastizität* bei Menschen mit Beeinträchtigung infolge von Wissensdefiziten und unzutreffenden Stereotypen noch häufiger übersehen. Menschen mit Beeinträchtigung sind in deutlich erhöhtem Maße der Gefahr einer Diskriminierung infolge *negativer* Alterskonzepte ausgesetzt.[313] In dem Maße, in dem es gelingt, sich von solchen Alterskonzepten zu lösen und eine heilpädagogische Förderung im hohen Alter anzubieten, lassen sich bei Menschen mit

[311] Vgl. Kojer/Gutenthaler 2016, 29; Kruse 2010.
[312] Vgl. Eckart 2012; Kruse 2018; Remmers/Kruse 2014; auch die Beiträge in Bormann 2017.
[313] Vgl. Ding-Greiner/Kruse 2010.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Beeinträchtigung auch in diesem Lebensabschnitt positive Entwicklungen mit Blick auf Selbstbestimmung und Teilhabe beobachten[314]; diese Aussage gilt für die unterschiedlichsten Arten der Beeinträchtigung.[315]

Konsequenzen für die Alten- und Behindertenhilfe

In der Alten- und Behindertenhilfe ergeben sich im Falle körperlicher und geistiger Einbußen der Bewohner hohe fachliche Anforderungen mit Blick auf die Erhaltung von Selbstbestimmung, Teilhabe und Lebensqualität des Individuums. Konflikte zwischen älteren Menschen einerseits, Angehörigen und Mitarbeitern andererseits sind nicht selten der Tatsache geschuldet, dass unterschiedliche Vorstellungen im Hinblick auf das Verständnis von Selbstbestimmung, Teilhabe und Lebensqualität wie auch auf den Weg dorthin bestehen; zudem werden vielfach auch die Veränderungs- und Entwicklungspotenziale im hohen Alter unterschiedlich beurteilt. Schließlich kann, vor allem im Falle einer mit starken kognitiven Einbußen einhergehenden Pflegebedürftigkeit oder Beeinträchtigung die Einsicht des Bewohners in mögliche Erfolge von Therapie-, Rehabilitations-, rehabilitativen Pflege- und Aktivierungsmaßnahmen erkennbar verringert sein. Einschätzung und Erläuterung der aus fachlicher Perspektive möglichen und gebotenen Maßnahmen stoßen auf kognitiv und/oder emotional bedingte Verständnisschwierigkeiten, Abwehr und Widerstand. Aufgrund dieser mangelnden Einsicht sowie aufgrund der Tatsache, dass die Nutzung solcher Maßnahmen mit (zum Teil erheblicher) Anstrengung verbunden ist, lehnt der Bewohner die Teilnahme an einer entsprechenden Intervention ab oder beteiligt sich nicht wirklich aktiv daran. Hier entsteht ein Konflikt: Denn aus *fachlicher* Perspektive werden Therapie, Rehabilitation, aktivierende Pflege und Sozialarbeit als notwendig erachtet, um bestehende körperliche, kognitive, emotionale und sozialkommunikative Ressourcen zu nutzen und auf diesem Wege dazu beizutragen, dass Selbstbestimmung, Teilhabe und Lebensqualität gefördert und möglichst lange erhalten werden. Doch lässt sich der Bewohner nicht überzeugen und lehnt die Teilnahme an spezifischen Angeboten bzw. die aktive Beteiligung an einer Therapie-, Rehabilitations-, Pflege- oder Bildungsmaßnahme ab, darf diese Maßnahme dann gegen den Willen des Bewohners angewendet werden?

Mit Blick auf die Aktivierung von alten Menschen in der Behindertenhilfe ist auf eine besondere Problematik hinzuweisen, die die Anwendung von Übungs- und Trainingsmaßnahmen erkennbar erschweren kann: Nicht selten blicken alte Menschen mit Beeinträchtigung auf eine Biografie zurück, in der sie zwar umfassend betreut, hingegen nicht zu Eigeninitiative und Selbstbestimmung motiviert wurden, wenn nicht gar als „nicht bildbar“ galten. Dies hat damit zu tun, dass es nicht wenige Einrichtungen der Behindertenhilfe gibt, die sich noch bis in die 1990er-Jahre von dem Konzept der „Versorgung und Betreuung“ und weniger von jenem der Ressourcenförderung leiten ließen. Dies heißt aber auch, dass bestimmte Formen von Abhängigkeit institutionellen Praktiken geschuldet waren bzw. sind. Vor allem *alte* Menschen mit Beeinträchtigung erfahren nicht immer jenes Maß an Aktivierung, das – mit Blick auf potenziell gegebene Plastizität – funktional wäre.

5.3.2 Formen wohltätigen Zwangs

In der stationären Altenpflege und Behindertenhilfe kommen Zwangsmaßnahmen in unterschiedlicher Weise zur Anwendung. Sie werden regelmäßig mit dem Wohlergehen der betroffenen Person (z. B. Sturzprophylaxe; Kontrolle von herausfordernden Verhaltensweisen, motorischer Unruhe und Bewegungsdrang zur Durchführung geplanter Pflegehandlungen) gerechtfertigt und sind daher als wohltätiger Zwang im Sinne dieser Stellungnahme zu bezeichnen.

Freiheitsbeschränkende Maßnahmen: Anhand mehrerer empirischer Datenerhebungen ist zumindest für die stationäre Altenpflege einschlägig dokumentiert, dass freiheitsbeschränkende mechanische Maßnahmen regelmäßig und die Gabe von Medikamenten mit ruhigstellender Wirkung häufig angewendet werden. Jedwede Maßnahmen (auch mechanische), die eine Person von der freien Körperbewegung abhalten und/oder vom normalen Zugang zu ihrem Körper durch die Anwendung irgendeiner Maßnahme, die am Körper oder in der Nähe des Körpers angebracht ist und von ihr nicht kontrolliert oder mühelos entfernt werden kann, sind freiheitsbeschränkend.[316] Man unterscheidet „körpernahe“ von „körperfernen“ freiheitsbeschränkenden Maßnahmen. Körpernahe freiheitsbeschränkende Maßnahmen sind beispielsweise beidseitig angebrachte Bettgitter. Gemeint sind auch Fixiergurte im Bett oder am Stuhl, die nicht von der betroffenen Person geöffnet werden können, feste Stecktische am Stuhl oder Rollstuhl, aber auch der Rollstuhl, der so hingestellt wird, dass die betroffene Person nicht aufstehen kann. Körperferne freiheitsbeschränkende Maßnahmen nehmen indirekt auf die Bewegungsfreiheit Einfluss. Dazu gehören zum Beispiel abgeschlossene Zimmer- oder Wohnungstüren.

[314] Vgl. Wacker 2001.
[315] Vgl. Ding-Greiner/Kruse 2010; Herr/Weber 1999.
[316] Vgl. Bleijlevens et al. 2016.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Medikamente mit ruhigstellender Wirkung werden auch als „medikamentöse Fixierung“ bezeichnet. Antipsychotika, Tranquilizer und andere psychotrope Medikamente können Personen an selbstbestimmter Fortbewegung hindern und sie antriebslos und schläfrig machen. Gerade psychotrop wirksame Medikamente werden mitunter auch versteckt in Nahrung und Flüssigkeit verabreicht.[317]

Sonstige pflegerische Zwangsmaßnahmen: Auch andere Formen des wohltätigen Zwangs werden in der Altenpflege und Behindertenhilfe praktiziert wie die forcierte Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme, Vorenthalten von Gehhilfen, Separieren von Personen mit herausfordernden Verhaltensweisen, Vorenthalten von Information über Gemeinschaftsaktivitäten, Zeitschaltuhr am Fernseher.

Anwendung von rehabilitativ-pädagogischen Maßnahmen gegen den Willen des Bewohners: In der Praxis der stationären Altenpflege und Behindertenhilfe sind Mitarbeiter immer wieder mit der Situation konfrontiert, dass Bewohner aktivierende Maßnahmen – die aus fachlicher Perspektive einen empirisch nachgewiesenen Beitrag zur Förderung und Erhaltung von Kompetenz, Selbstbestimmung, Teilhabe und Lebensqualität leisten – ablehnen, und dies auch dann, wenn ihnen diese Maßnahmen ausführlich erklärt und deren Nutzen aufgezeigt wird. Als Gründe für die Ablehnung der Teilnahme an derartigen Aktivierungsmaßnahmen sind zunächst kognitive Einbußen zu nennen, die ihrerseits die Einsicht in mögliche Erfolge erschweren oder sogar unmöglich machen, weiterhin eine hohe emotionale Anspannung, die den Bewohner daran hindert, sich auf Erläuterungen und Erklärungen zu konzentrieren und diesen zu folgen. Hinzu kommt nicht selten die fehlende Bereitschaft, sich jenen körperlichen und kognitiven Anstrengungen auszusetzen, mit denen die Teilnahme an einer aktivierenden Maßnahme verbunden ist. Diese fehlende Bereitschaft kann zum Beispiel einer erlebten körperlichen und emotionalen Erschöpfung (vielfach umschrieben mit dem Begriff der „Müdigkeit“) geschuldet sein, die sich ihrerseits negativ auf die Teilnahmemotivation des Individuums auswirkt. Aber nicht nur eine derartige intensivpädagogische Maßnahme (im Sinne einer Intervention) kann eine Verweigerungshaltung auslösen. Schon vorsichtig konfrontative Maßnahmen wie die Empfehlung oder der Vorschlag, selbstständig das Essen einzunehmen oder sich selbstständig anzukleiden, kann bei Bewohnern auf Nichtbeachtung oder sogar auf Ablehnung stoßen, obwohl die Befolgung einer derartigen Empfehlung, eines derartigen Vorschlags eine Bedingung für die Förderung und Erhaltung von Selbstständigkeit und Eigeninitiative bildet. Mitarbeiter in stationären Einrichtungen – der Altenhilfe genauso wie der Behindertenhilfe – stehen hier vor der Frage, inwieweit sie sanften Druck ausüben sollen, um ein Verhalten in Gang zu setzen und aufrechtzuerhalten, das – aus fachlicher Perspektive – funktional für die Förderung und Erhaltung von Selbstbestimmung, Teilhabe und Lebensqualität ist. Sofern die konkrete Durchführung derart aktivierender Maßnahmen den aktuellen Willen des Betroffenen zu überwinden trachtet, liegt im Sinne der oben gegebenen Definition Zwang vor. Dies gilt zunächst selbst dann, wenn sich die anfangs noch fehlende Motivation des Betroffenen zur Mitwirkung im Vollzug der Maßnahme kontinuierlich aufbaut und zunehmend selbsttragende Kraft entfaltet. In diesem Falle verliert sich möglicherweise allmählich der Zwangscharakter.

Stationäre Unterbringung: Auch strukturelle Zwänge, die eine stationäre Unterbringung mit sich bringt, sind als mögliche Formen wohltätigen Zwangs zu nennen. Ähnlich wie für freiheitsbeschränkende Maßnahmen und ruhigstellende Medikation gilt auch hier, dass Zwänge unabhängig von ihrem objektiven Beitrag zum Wohlergehen der Betroffenen durch entsprechende Konsequenzen gerechtfertigt werden sollen, insbesondere damit, dass Tages- und Lebensstrukturierung langfristig wohltuende Wirkung hat. In dem Maße, wie dies der Fall ist, handelt es sich um eine moderate Form des Zwangs, der wohltätig gemeint ist. Dabei kann der erlebte Zwang aufseiten des alten Menschen dadurch vermieden werden, dass sich dieser selbst wie auch die Mitglieder des familiären und professionellen Versorgungssystems vorausschauend mit der weiteren körperlichen und seelisch-geistigen Entwicklung wie auch der sozialen Integration und Teilhabe auseinandersetzen und möglichst offen und wahrhaftig die Frage beantworten, welches Wohnumfeld in Phasen hoher körperlicher, möglicherweise auch seelisch-geistiger Vulnerabilität ideal ist.

In Bezug auf das Wohnen im hohen Alter, vor allem dann, wenn alte Menschen pflegebedürftig oder an einer Demenz erkrankt sind, kann das Thema des Umzugs in eine stationäre Einrichtung deutlich an Bedeutung gewinnen. Ein Beispiel dafür bildet die Situation nach einem schweren, mit bleibenden Einschränkungen der Mobilität verbundenen Schlaganfall. Nicht selten wird der in der Klinik akut behandelte Patient mit der Aussage konfrontiert, dass aus medizinischer und pflegerischer Perspektive eine Rückkehr in die Wohnung nicht mehr möglich sei und sich somit nur noch der Umzug in eine stationäre Einrichtung der Altenhilfe anbiete. Dies ist vor allem der Fall, wenn Möglichkeiten familiärer Pflege nicht (mehr) in ausreichendem Maße zur Verfügung stehen. Dieser Umzug wird von alten Menschen oft als ein erzwungener, gegen ihren Willen erfolgender erlebt. Ein weiteres Beispiel ist die wachsende körperliche und psychische Erschöpfung von Angehörigen aufgrund

[317] Vgl. Kirkevold/Engedal 2005; Haw/Stubbs 2010.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

der pflegerischen Anforderungen, die mit der Betreuung und Versorgung eines Familienmitglieds verbunden sind, bei dem eine stark ausgeprägte Pflegebedürftigkeit oder eine weit(er) fortgeschrittene Demenz besteht. Die pflegenden Angehörigen wissen sich vielleicht in einem derartigen Fall nicht anders zu helfen als durch den Umzug des pflegebedürftigen oder demenzkranken Familienmitglieds in ein Pflegeheim – auch unter diesen Umständen wird der Umzug von der betroffenen Person möglicherweise als ein erzwungener erlebt. Eine derartige Problemlage lässt sich nicht allein durch eine erkennbare Erweiterung ambulanter und teilstationärer Versorgungsangebote vermeiden. Es ist auch notwendig, dass sich Familien – und zwar alte Menschen genauso wie Menschen im mittleren Erwachsenenalter (die gegebenenfalls als erste von familienpflegerischen Aufgaben betroffen sind) – frühzeitig mit der Frage beschäftigen, wie sie die Pflege eines pflegebedürftigen Familienmitglieds bewältigen wollen und welche pflegerischen Arrangements sie bevorzugen. Aus diesen Überlegungen können dann konkrete Vorbereitungen erwachsen. In einem solchen Falle ließen sich abrupte Veränderungen, die von der betroffenen Person in besonderem Maße als erzwungene erlebt werden, vermeiden. Zudem könnten – unter der Bedingung, dass die entsprechenden finanziellen Ressourcen vorhanden sind – deutlich mehr Wahlfreiheiten geboten werden, deren Verfügbarkeit maßgeblich die Überzeugung stärkt, die eigene Lebenssituation gestalten zu können und nicht zu bestimmten Entscheidungen gedrängt oder genötigt zu werden. Der Beziehungs- und Kommunikationsgestaltung zwischen Familienmitgliedern kommt hier eine hervorgehobene Stellung zu.[318]

5.3.3 Aktuelle Rechtslage

Professionelle Sorgehandlungen, die zwangsweise zum Wohl des Betroffenen erfolgen, unterliegen im Kontext der Altenpflege und Behindertenhilfe im Prinzip denselben rechtlichen Vorgaben wie bei der Behandlung psychisch kranker Menschen: Neben dem Grundgesetz sind auf der völkerrechtlichen Ebene die einschlägigen Menschenrechtskonventionen zu beachten, namentlich die Europäische Menschenrechtskonvention, der UN-Zivilpakt, der UN-Sozialpakt und die UN-Behindertenrechtskonvention. Konkrete Rechtsgrundlagen für Maßnahmen wohltätigen Zwangs bei der Altenpflege und Behindertenhilfe finden sich dann im Wesentlichen im Betreuungsrecht des Bürgerlichen Gesetzbuches, das Verfahren und der Rechtsschutz sind im Familienverfahrensgesetz geregelt. Sowohl die grund- und menschenrechtlichen Rahmenbedingungen als auch die Regelungen des Betreuungsrechts sind bereits dargestellt worden (siehe Abschnitt 5.1.3). Mit Blick auf die Altenpflege und Behindertenhilfe ergibt sich folgendes Bild:

Die Grund- und Menschenrechte pflegebedürftiger Menschen begründen ihr Recht auf eine angemessene medizinische und pflegerische Versorgung mit dem Ziel, ihr Leid zu mindern und ihre Gesundheit wiederherzustellen. Dabei ist ein diskriminierungsfreier Zugang zu einer dem wissenschaftlichen Sachstand entsprechenden medizinischen und pflegerischen Versorgung sicherzustellen. Dazu können auch Zwangsmaßnahmen geboten sein, wenn die betroffene Person selbst nicht mehr in der Lage ist, die Notwendigkeit einer Behandlung zu erkennen oder nach dieser Einsicht zu handeln, und keine anderen Alternativen zur Verfügung stehen. Der Staat ist jedoch aufgefordert, über gesetzliche Schutzmaßnahmen jeden Missbrauch derartiger Zwangsmaßnahmen zu verhindern und diese auf das absolut unvermeidbare Maß einzuschränken. Dazu gehören unter anderem die Dokumentation der Zwangsmaßnahmen und ihrer Durchsetzung, der maßgeblichen Gründe und der Wirkungsüberwachung sowie ein wirksamer gerichtlicher Rechtsschutz. Zum anderen sollen die Möglichkeiten der medizinischen, pflegerischen und sozialen Unterstützung und der Selbsthilfe gefördert werden, die geeignet sind, der Notwendigkeit von Zwangsmaßnahmen vorzubeugen und pflegebedürftigen Personen ein selbstbestimmtes Leben inmitten der Gesellschaft zu ermöglichen.

Für ärztliche Maßnahmen enthält das aktuelle Betreuungsrecht folgende Vorgaben: Eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder ein ärztlicher Eingriff zum Wohl des Betroffenen kann ohne dessen Einwilligung außer in Notfällen nur mit Zustimmung des Bevollmächtigten bzw. rechtlichen Betreuers (Vertreters) durchgeführt werden. Eine ärztliche Zwangsmaßnahme erfordert zusätzlich die Genehmigung des Betreuungsgerichts und darf nur stationär in einem dafür geeigneten Krankenhaus durchgeführt werden. Sie setzt voraus, dass der Patient nicht einwilligungsfähig ist, dass Arzt und Vertreter vergeblich versucht haben, dessen freiwillige Zustimmung zu erreichen, dass die Maßnahme – auch wenn sie mit Zwang durchgeführt werden muss – medizinisch indiziert und notwendig sowie für den Patienten zumutbar ist. Sie muss zudem seinem früher erklärten oder mutmaßlichen Willen entsprechen und dokumentiert werden (§ 1906a BGB). Widerspricht ein Patient nicht nur der Behandlung, sondern weigert er sich auch, in ein Krankenhaus gebracht zu werden, darf er dorthin zwangsweise nur verbracht werden, wenn die Voraussetzungen einer freiheitsentziehenden Unterbringung vorliegen (§ 1906 Abs. 1 Nr. 2, Abs. 2 und 3 BGB; § 1906a Abs. 4 BGB).

[318] Vgl. Engel 2008; Engel et al. 2012; George/George 2003.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Freiheitsbeschränkende und freiheitsentziehende Maßnahmen sind nur mit Einwilligung des Vertreters zulässig. Sie setzen voraus, dass der Betroffene einwilligungsunfähig ist, er sich selbst erheblich gefährdet und diese Selbstgefährdung durch kein anderes, milderes Mittel abgewendet werden kann. Soll der Betroffene freiheitsentziehend untergebracht oder soll ihm auf andere Weise regelmäßig oder über einen längeren Zeitraum die Freiheit entzogen werden, ist dafür – außer in Eilfällen – eine gerichtliche Genehmigung nach Einholung eines Sachverständigengutachtens erforderlich (§ 1906 BGB; § 321 FamFG). Umstritten ist, inwieweit dabei der früher erklärte oder mutmaßliche Wille des Betroffenen zu beachten ist, wie das die Grundnorm für Sorgehandlungen des rechtlichen Betreuers in § 1901 Abs. 3 BGB und die entsprechende vertragsrechtliche Vorgabe für den Vorsorgebevollmächtigten bzw. die gesetzliche Regelung für ärztliche Zwangsmaßnahmen in § 1906a Abs. 1 Nr. 3 BGB vorsehen.[319] Möglicherweise muss auch die betreuungsrechtliche Regelung für freiheitsentziehende Maßnahmen in § 1906 Abs. 4 BGB überarbeitet werden, nachdem das Bundesverfassungsgericht jüngst Korrekturen bei den Regelungen für freiheitsentziehende Maßnahmen in den landesrechtlichen Psychisch-Kranken-Gesetzen gefordert hat.[320]

Bei der Gabe von Medikamenten ist wie folgt zu differenzieren: Erfolgt sie zur Behandlung einer Erkrankung, unterliegt sie den Anforderungen an eine ärztliche (Zwangs-)Maßnahme. Wird das Medikament eingesetzt, um den Betroffenen daran zu hindern, sich fortzubewegen, müssen die Vorgaben für freiheitsentziehende Maßnahmen beachtet werden. Die rechtlichen Anforderungen richten sich also danach, welcher Zweck mit der Medikamentengabe verfolgt wird.

Einfluss auf pflegerische Zwangsmaßnahmen zum Wohl des Betroffenen entfalten auch die rechtlichen Rahmenbedingungen für die Pflege. Bereits seit 1974 schützt das Heimgesetz Bewohner, die in ihrer geistigen und körperlichen Beweglichkeit eingeschränkt sind und der Hilfe bedürfen. Im Jahre 1990 wurde der Zweck des Heimgesetzes um den Aspekt der Sicherung von Selbstständigkeit und Selbstbestimmung sowie 2001 um den Gedanken der Beachtung der Würde des Bewohners erweitert. Mit der Föderalismusreform I von 2006 erhielten die Länder die Gesetzgebungskompetenz für das Heimrecht. Die heutigen Heimgesetze sind geprägt durch einen Perspektivenwechsel von der Institution auf die Person und ihren sozialen Teilhabeanspruch.[321]

Die Pflegeversicherung hat ebenfalls erheblichen Einfluss auf die Entwicklungen der Pflege.[322] Erst ihre Einführung garantierte Pflegebedürftigen, dass sie eine bestimmte Qualität von Pflege einfordern und Einrichtungen frei wählen konnten. Die Diskussion und auch die Kritik an der Pflegesituation und an der Pflegegesetzgebung, nicht zuletzt an vielen Runden Tischen, führten zu einer kontinuierlichen Weiterentwicklung. So wurde unter anderem die Pflege-Charta erarbeitet, die das Recht der Pflege- und Hilfsbedürftigen auf Selbstbestimmung, körperliche und seelische Unversehrtheit, Privatheit, Pflege, Betreuung und Fürsorge, Information und Aufklärung, Kommunikation und Teilhabe, Religion und Kultur sowie palliative Begleitung fordert.[323]

Eine Zwangsbehandlung muss bereits nach allgemeinen medizin- und berufsrechtlichen Vorschriften (vgl. §§ 630 f. BGB; § 10 MBO-Ä) dokumentiert werden. Aufgrund der besonderen verfahrensrechtlichen Regelung des § 323 Abs. 2 FamFG ist dies sogar Voraussetzung für ihre Rechtmäßigkeit.[324] Für freiheitsentziehende Maßnahmen existieren demgegenüber keine besonderen gesetzlichen Vorschriften. In den Heimgesetzen der Länder ist in der Regel lediglich eine allgemeine Pflicht zur Pflegedokumentation enthalten. Nähere Anforderungen zur Pflegedokumentation werden gemäß § 113 Abs. 1 SGB XI durch entsprechende Rahmenverträge der Pflegekassen und Träger vereinbart.

5.3.4 Situation in der Praxis

In der Literatur ist einschlägig beschrieben, dass regelmäßig das Wohl der Betroffenen als leitendes Motiv der Anwendung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen, ruhigstellenden Medikamenten und anderen Zwangsmaßnahmen von Pflegenden, Angehörigen und Ärzten angeführt wird. Insbesondere die Vermeidung von Stürzen und sturzbedingten Verletzungen, die Ermöglichung medizinisch-therapeutischer Interventionen und die Abwehr anderer Gefahren zum Schutz der Betroffenen werden genannt.[325]

Es gibt keine systematische Dokumentation über die Anwendung von Zwangsmaßnahmen in der stationären Pflege. Die Pflege-Qualitätsberichte des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen legen nahe, dass die Zahl der eingesetzten freiheitsbeschränkenden Maßnahmen gegenüber Bewohnern in

[319] Vgl. Brosey 2009, 135 ff., 149 ff.; Lipp/Güttler 2017, 95.
[320] BVerfG, NJW 2018, 2619.
[321] Vgl. Wiedersberg, in: Dickmann 2014, Teil C I., dort insbesondere Rn. 10.
[322] Vgl. Igl/Welti 2018, § 38.
[323] Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen (https://www.pflege-charta.de).
[324] BGHZ 201, 324, Rn. 22; BGH, NJW 2015, 1019, Rn. 7.
[325] Vgl. Köpke/Meyer 2015.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

den letzten Jahren zurückgeht. Waren im dritten Qualitätsbericht noch bei 20 Prozent der geprüften Personen freiheitsbeschränkende Maßnahmen dokumentiert worden[326], so waren es im vierten Bericht 12,5 Prozent[327] und im letzten Bericht 8,9 Prozent.[328] Die Pflege-Qualitätsberichte lassen zwar keine Aussage über Unterschiede zwischen einzelnen Pflegeheimen oder Regionen zu, zeigen aber den genannten Trend auf.

In einer Erhebung mit ca. 2.400 Bewohnern aus 30 Hamburger Pflegeheimen fanden sich 26,2 Prozent der Bewohner mit der Anwendung mindestens einer freiheitsentziehenden Maßnahme am Stichtag.[329] Bettgitter waren dabei die häufigste freiheitsentziehende Maßnahme. Gurte, feste Stecktische und andere Maßnahmen wurden nur bei jeweils 2 bis 3 Prozent der Bewohner festgehalten. Nach 12 Monaten war bei 39,8 Prozent mindestens einmal eine freiheitsentziehende Maßnahme angewandt worden. Bei etwa jedem zehnten Bewohner wurden mindestens einmal in 12 Monaten ein Gurt und/oder ein Stecktisch eingesetzt. Dabei waren die Unterschiede zwischen den 30 Einrichtungen groß. In dem Heim mit der geringsten Rate freiheitsentziehender Maßnahmen waren weniger als 5 Prozent am Stichtag mit einer solchen Maßnahme versehen, in dem Heim mit der häufigsten Anwendung waren es hingegen ca. 60 Prozent.[330]

Freiheitsentziehende Maßnahmen sind mit negativen Auswirkungen auf Gesundheit und Wohlbefinden assoziiert. Neben Bewegungsunfähigkeit sind dies insbesondere Gelenkversteifungen und schwere Verletzungen, zum Beispiel durch einen Sturz beim Überwinden eines Bettgitters. Auch Assoziationen mit Dekubitus, zunehmender Blasenschwäche, Stress und aggressiven Verhaltensweisen sind in der Literatur beschrieben.[331] Nicht sachgerecht durchgeführte freiheitsentziehende Maßnahmen können in schwere Verletzungen münden, auch mit Todesfolge.[332]

In einer vom Deutschen Ethikrat ausgerichteten Expertenanhörung wurde betont, dass für Medikamente mit freiheitsbeschränkender Wirkung in der Altenpflege im Regelfall keine richterliche Genehmigung eingeholt werde.[333]

Studien zeigen, dass es zwischen deutschen Pflegeheimen ausgeprägte Unterschiede in der Häufigkeit des Einsatzes von psychotrop wirksamen Medikamenten gibt. Variationen zwischen weniger als 30 Prozent der Bewohner mit mindestens einer Verordnung bis über 80 Prozent sind beschrieben.[334] Diese Unterschiede konnten nicht mit bewohner- oder pflegeheimbezogenen Merkmalen erklärt werden. Erklären lassen sich solche Differenzen mit der „Organisationskultur“ der jeweiligen Einrichtungen, die mit einiger Wahrscheinlichkeit Einfluss auf das Vergabeverhalten hat.[335]

In der genannten Anhörung des Deutschen Ethikrates wurden weitere Formen von Zwangsmaßnahmen thematisiert, die in Pflegeheimen angewendet werden, wie Separieren von Bewohnern mit herausfordernden Verhaltensweisen, Vorenthalten von Informationen über Gemeinschaftsaktivitäten und Zeitschaltuhr am Fernseher. Über das Ausmaß solcher Praktiken und ob sie mit dem Wohl der Betroffenen argumentativ legitimiert werden, kann keine Aussage getroffen werden.

Die Entscheidung, sanften Druck auszuüben, um aus fachlicher Perspektive notwendige Maßnahmen zur Förderung und Erhaltung von Kompetenz, Selbstbestimmung, Teilhabe und Lebensqualität durchzusetzen, geht in vielen Fällen mit Konflikten einher, wie schon Anfang der 1990er-Jahre in einer umfangreichen Studie zu Konflikt- und Belastungssituationen in Alten- und Pflegeheimen gezeigt werden konnte.[336] In dieser Studie wurden Bewohner, Angehörige und Mitarbeiter ausführlich nach möglichen Ursachen von Konflikten sowie nach Verhaltensweisen in Konfliktsituationen befragt; darüber hinaus wurde das Verhalten in konfliktträchtigen Situationen beobachtet (teilnehmende Beobachtung). Ein zentrales konfliktauslösendes Moment bildete häufig schon das Angebot von Aktivierungsmaßnahmen, erst recht die Durchführung einer entsprechenden Maßnahme *gegen den Willen* eines Bewohners, so zum Beispiel (spielerisch ausgeführte) Gedächtnisübungen, Verhaltenstrainings (mit systematischer Verstärkung) oder aber alltagspraktische Übungen (ebenfalls mit systematischer Verstärkung). Dabei zeigten eine über längere Zeiträume vorgenommene Analyse des Konfliktverlaufs sowie Interviews mit den Mitarbeitern der verschiedenen Einrichtungen, dass in jenen Fällen, in denen es gelang, solche

[326] Vgl. MDS 2012, 18.
[327] Vgl. MDS 2014, 10.
[328] Vgl. MDS 2017, 10.
[329] Hier wurden auch Maßnahmen erfasst, in die Bewohner eingewilligt hatten.
[330] Vgl. Meyer et al. 2009, 985 f.
[331] Vgl. etwa Köpke/Meyer 2015, 42.
[332] Vgl. Berzlanovich/Schöpfer/Keil 2012.
[333] Online-Dokumentation der Anhörung „‚Wohltätiger Zwang‘ in der Pflege und Behindertenhilfe“ des Deutschen Ethikrates am 19. Mai 2017 unter https://www.ethikrat.org/anhoerungen/wohltaetiger-zwang-in-der-pflege-und-behindertenhilfe [15.08.2018].
[334] Vgl. Meyer et al. 2009, 986.
[335] Vgl. Richter et al. 2012.
[336] Vgl. Kruse et al. 1992.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Übungen und Trainings *allmählich, vorsichtig, zum Teil von dem Bewohner unbemerkt* in die Alltagsgestaltung zu integrieren, nach und nach dessen Interesse an entsprechenden Übungsinhalten geweckt werden konnte: Die entscheidende Ursache für dieses wachsende Interesse war eine deutliche Steigerung der Selbstwirksamkeitsüberzeugung, das heißt der Überzeugung, über Fähigkeiten und Fertigkeiten zu verfügen, die zum kompetenten Umgang mit spezifischen situativen Anforderungen beitragen.

In einer umfangreichen Untersuchung zu den Möglichkeiten und Grenzen der Förderung und Erhaltung von Selbstbestimmung und Teilhabe wurde in Einrichtungen der Behindertenhilfe ein – an dem von Margret Baltes[337] entwickelten Konzept der Selbstständigkeitsförderung und des Abhängigkeitsabbaus orientierter – Interventionsansatz implementiert, der darauf zielte, die Selbstständigkeit und Eigeninitiative der im hohen Lebensalter stehenden Bewohner mit geistigen Beeinträchtigungen zu fördern; diese Studie wurde in einem weiteren Schritt auf alte Menschen mit seelischen Beeinträchtigungen ausgeweitet.[338] Auch in dieser Studie (bzw. in den Teilstudien) war bei einem Teil der Bewohner die *Weigerung* deutlich erkennbar, an jedweder Aktivierungsmaßnahme zur Förderung von Selbstständigkeit und Eigeninitiative teilzunehmen. Dies konnte so weit gehen, dass sich Bewohner weigerten, morgens rechtzeitig aufzustehen oder sich selbst anzuziehen. Gerade diese Bewohner waren es gewohnt, morgens angezogen und abends wieder ausgezogen zu werden. In dieser Studie wurde zunächst den Mitarbeitern ein selbstständigkeits- und eigeninitiativeförderliches Interventionskonzept vorgestellt, unterlegt mit grundlegenden Aussagen zur kognitiven und Verhaltensplastizität. In einem weiteren Schritt wurden Interaktionen zwischen Bewohnern sowie Mitarbeitern auf Video aufgezeichnet; diese Aufnahmen wurden schließlich in Reflexionsgesprächen ausgewertet und diskutiert. Dabei wurde deutlich, dass einzelne Mitarbeiter – vor Beginn der Intervention – Aktivierungsbemühungen immer dann aufgegeben hatten, wenn sie bei den Bewohnern auf Ablehnung oder Widerstand stießen. In dem Maße nun, in dem es gelang, in einer *möglichst ungezwungenen, mit Anreizen und Verstärkungen arbeitenden* Art und Weise selbständigkeits- und eigeninitiativeförderliche Interventionselemente anzuwenden und in das Verhaltensrepertoire der alten Menschen mit geistigen Beeinträchtigungen einzubauen, nahm die Motivation der Bewohner zur Teilnahme an den Übungen und Trainings deutlich zu. Zudem wurde in allen Einrichtungen in den Interventionsgruppen (im Vergleich zu den Warte-Kontrollgruppen) ein hochsignifikanter Anstieg selbstständigen und auf Eigeninitiative zurückgehenden Verhaltens beobachtet, der mit einem ebenfalls hochsignifikanten Anstieg des Wohlbefindens einherging.

Die pflegerische Arbeit zum Wohle der Betroffenen zu gestalten, findet ihre Limitationen nicht nur im Widerstand pflegebedürftiger Personen gegen bestimmte, vermeintlich wohltätige Handlungen, sondern auch bei den professionell Pflegenden selbst. Ihre Arbeitsbedingungen – insbesondere in der Altenpflege – sind gegenwärtig gekennzeichnet durch hohe Arbeitsbelastung, Personalmangel und Unzufriedenheit mit der Anerkennung der Leistungen, der Bezahlung und den Karrieremöglichkeiten. Die Beschäftigten bezeichnen sich als überfordert und emotional erschöpft.[339] Diese Situation bleibt nicht ohne Auswirkungen auf die Pflegebedürftigen. So geben über 70 Prozent der von Thomas Görgen befragten Altenpflegekräfte an, problematisch einzustufende Handlungen oder Unterlassungen – darunter Freiheitseinschränkungen – begangen oder solche Handlungen bei anderen Pflegekräften beobachtet zu haben.[340]

5.3.5 Ethische Reflexion

An einen ethisch reflektierten Umgang mit den vielfältigen Phänomenen des wohltätigen Zwangs im Umgang mit pflegebedürftigen Personen sind wenigstens die folgenden vier generellen Anforderungen zu stellen:

Erstens sollten professionelle Pflegekräfte in jedem Einzelfall sorgfältig ermitteln, welcher der oben (siehe Abschnitt 4.3) unterschiedenen Fallkonstellation die jeweilige Artikulation von Selbstbestimmung des Pflegebedürftigen zuzuordnen ist: ob sie zweifelsfrei unterhalb der Schwelle freiverantwortlicher Willensbildung situiert ist, ob infolge spezifischer gesundheitlicher oder kognitiver Belastungen begründete Zweifel an ihrer freien Verantwortlichkeit bestehen oder ob das Niveau freiverantwortlicher Willensbildung zumindest im vorliegenden Handlungsfeld unstrittig gegeben ist. Eine Rechtfertigung von Zwangsmaßnahmen zur Abwendung von Selbstschädigung kommt nur dann in Betracht, wenn die adressierte Person nicht freiverantwortlich entscheiden kann oder daran jedenfalls begründete Zweifel bestehen. Und auch wenn dies der Fall ist, müssen zur Rechtfertigung von Zwangsmaßnahmen folgende Bedingungen erfüllt sein: Die Maßnahme ist von ihrer Zielsetzung notwendig und fachlich auch unter der Bedingung ihrer zwangsweisen Durchführung eindeutig indiziert, um

[337] Vgl. Baltes 1995; Baltes 1996.
[338] Vgl. Ding-Greiner/Kruse 2010.
[339] Vgl. Goergen 2004.
[340] Vgl. ebd., 17.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

eine Schädigung abzuwenden, sie ist verhältnismäßig zur Erreichung dieses Zieles und in ihrer Dauer und Eingriffstiefe angemessen, sie ist mit einem minimalen Risiko von Traumatisierung und Vertrauensverlust in die Sorgebeziehung verbunden und es sind keine weniger eingreifenden Handlungsoptionen verfügbar. Außerdem muss die Maßnahme mit Blick auf ihre relevanten Eigenschaften sorgfältig dokumentiert werden. Der notwendige Schutz der tatsächlich vorhandenen Ressourcen alter und behinderter Menschen zu selbstbestimmten Entscheidungen gebietet es nicht nur, Zwangsmaßnahmen generell zu minimieren, sondern sie dort, wo sie unvermeidbar scheinen, umso sorgfältiger zu rechtfertigen, je näher der Sorgeadressat an der Schwelle zur freiverantwortlichen Willensbildung steht.

Zweitens ist zu berücksichtigen, dass wir es in der Regel mit *komplexen Verantwortungsstrukturen* zu tun haben, die neben der Ebene der individuellen Akteure auch diejenige der institutionellen Träger von Pflegeeinrichtungen sowie die Ebene der sozialgesetzlichen Rahmenordnung umfassen, die politisch zwar grundsätzlich veränderbar ist, die individuellen und institutionellen Handlungsspielräume aber gleichwohl maßgeblich begrenzt. Um zu verhindern, dass die Verantwortung für bestehende Mängel entweder vorschnell personalisiert oder aber pauschal dem jeweiligen Träger einer Einrichtung bzw. dem Pflegesystem insgesamt zugeschrieben wird, ist es erforderlich, die jeweiligen Zwangsphänomene differenziert auf ihre oftmals vielschichtigen tatsächlichen Ursachen hin zu analysieren.

Drittens reicht es selbst im Blick auf die Praxis individueller Akteure nicht aus, lediglich einzelne *Handlungen* isoliert für sich zu bewerten. Vielmehr müssen auch die dahinterliegenden *persönlichen Haltungen* und *Einstellungen* der jeweiligen Personen sowie die *konkreten Entscheidungsprozeduren* und *kommunikativen Prozesse* in die Betrachtung einbezogen werden, die im Hintergrund problematischer Einzelentscheidungen sowie schlechter Routinen liegen.

Viertens ist sicherzustellen, dass die *spezifische Lebenssituation* der hier betroffenen Personen in der jeweiligen Einzelbewertung bestimmter Maßnahmen hinreichend berücksichtigt wird. Das gilt nicht nur für die besonderen *Vulnerabilitäten* und *Entwicklungspotenziale* pflegebedürftiger alter und behinderter Menschen. Es gilt auch für die charakteristische *Volatilität ihrer jeweiligen Willensbildung bzw. -artikulation*, die unterschiedliche Grade der Freiheitlichkeit und Bestimmtheit aufweisen kann, sodass gerade in diesem Bereich mit vielfältigen *Ambivalenzen*, *Uneindeutigkeiten* und *Übergängen* zu rechnen ist.

Dies vorausgeschickt, sollen nachfolgend einige für dieses Handlungsfeld besonders wichtige Desiderate eines ethisch reflektierten Umgangs mit Zwangsmaßnahmen im Umkreis der Alten- und Behindertenhilfe genauer bedacht werden. Es sind dies erstens die Notwendigkeit einer selbstkritischen Überprüfung unreflektierter handlungsleitender Bilder und Voreinstellungen, zweitens der gezielte Rekurs auf niederschwellige Formen von Zwang zur Stimulation einer anfänglich nicht vorhandenen Motivation des Betroffenen im Kontext aktivierender Pflegemaßnahmen, drittens die Vermeidung der Anwendung von mechanischen freiheitsentziehenden Maßnahmen, viertens die Möglichkeit des Verzichts auf den Einsatz von Psychopharmaka, fünftens der Umgang mit eigener Handlungsunsicherheit professioneller Akteure in Konflikt- und Zweifelsfällen und schließlich sechstens die große Bedeutung einer entlastenden Kommunikationskultur in den jeweiligen Einrichtungen.

Zu 1.: Die Vermeidung ungerechtfertigter Zwangsmaßnahmen im Kontext der Alten- und Behindertenhilfe erfordert neben der Schärfung der *Wahrnehmungsfähigkeit* (im Sinne moralischer Sehkraft) und *Sensibilität* für die vielfältigen Formen offener und verdeckter Zwangshandlungen im Alltag auch die *Bereitschaft zur kritischen Selbstreflexion* nicht nur der eigenen Grundhaltung gegenüber alten und behinderten Personen, sondern auch spezifisch werthaltiger Voreinstellungen, Bilder und handlungsleitender Konzepte. Zwang beginnt stets in der Vorstellung derjenigen Person, die sich berechtigt glaubt, bestimmte Zwangsmaßnahmen ergreifen zu dürfen oder sogar zu müssen. Vor allem unter dem Eindruck einer einseitigen, primär defizitorientierten Sichtweise von Alter und Behinderung neigen professionelle Akteure dazu, die tatsächlich vorhandenen Ressourcen zur eigenständigen Willensbildung bzw. -artikulation pflegebedürftiger Personen entweder zu übersehen bzw. zu unterschätzen oder durch ein – nicht selten altruistisch motiviertes – starkes Zuwendungsverhalten bestehende Abhängigkeiten ungewollt zu verstärken. Eng mit einer solchen Sichtweise verbunden ist oft eine Missachtung der hohen *interindividuellen Variabilität* von Alters- und Behinderungsphänomenen. Pflegebedürftige alte oder behinderte Menschen sind genauso einmalige Persönlichkeiten wie alle anderen Menschen. Sie verfügen über eine individuelle Biografie mit persönlichen Vorlieben, Überzeugungen und Werthaltungen, deren praktische Bedeutung nicht dadurch gemindert wird, dass ihre derzeitige Lebenssituation in der Regel zugleich mit verschiedenen krankheits-, behinderungs- oder altersbedingten somatischen, mentalen und sozialen Verlusten verbunden ist. Die Achtung vor der einmaligen Lebensgeschichte pflegebedürftiger Personen gebietet es, diese Individualität nicht nur wahrzunehmen, sondern ihr grundsätzlich mit Respekt zu begegnen. Dies schließt ein,

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

auch die verschiedenen Formen der Willensartikulation des Betroffenen als integralen Bestandteil seines Wohlbefindens selbst dann ernst zu nehmen, wenn die Willensbildung entweder Beeinträchtigungen unterliegt oder in eine Richtung weist, die den Vorstellungen gelingenden Lebens seitens der Pflegekräfte widerstreitet.

Allerdings birgt auch die hier geforderte ressourcenorientierte Betrachtung von Alter und Behinderung ihre ganz spezifischen eigenen Gefahren. So wünschenswert es ist, die Handlungs- und Selbstbestimmungspotenziale pflegebedürftiger Menschen gezielt zu erhalten und zu fördern, so sehr wird man sich davor hüten müssen, sich wandelnde Bedürfnisse zu übersehen und sich im Falle des Ausbleibens bestimmter von pflegerischer Seite erwarteter oder erhoffter Erfolge zunehmend von der pflegebedürftigen Person (auch emotional) zu distanzieren. Der dem alten oder behinderten Menschen gebührende Respekt darf nicht von Leistungserwartungen der Pflege abhängig gemacht werden, sondern ist jedem Menschen verlässlich bis zu seinem Tode zu gewähren.

Zu 2.: Eine weitere Herausforderung betrifft niederschwellige Formen von Zwang im Kontext *aktivierender Pflegemaßnahmen*. Manche Pflegebedürftige sind infolge von Krankheit, sozialer Vereinsamung oder Vernachlässigung anfänglich nur schwer für die Teilnahme an Aktivitäten zu motivieren, die aus Sicht der Pflegekräfte für die Wiederherstellung, den Erhalt oder die Entfaltung individueller Ressourcen geboten erscheinen. In solchen Fällen sollten zunächst alle mit positiven Anreizen und Verstärkungen arbeitenden Motivierungstechniken zur Anwendung kommen. Nachhaltigere Versuche, den Pflegebedürftigen trotz wiederholter Weigerung zu aktivieren, können im Sinne dieser Stellungnahme schon als Zwang verstanden werden. Sie sollten nur unter der Bedingung zur Anwendung kommen, dass sie dem Betroffenen zuvor in einer verständlichen Form erklärt und einem kritischen Monitoring unterworfen werden. Wichtig ist, dass die pflegebedürftige Person im Vollzug dieser Maßnahmen selbst erkennbar und zeitnah eine tragfähige eigene Motivation zur Fortsetzung der Aktivitäten entwickelt, weil sie die wohltuende Wirkung der Aktivitäten für ihr subjektives Wohlbefinden spürt. Umgekehrt bedeutet dies, dass erzwungene Aktivitäten, die *über einen längeren Zeitraum* auf die Ablehnung des Betroffenen stoßen, auch dann nicht gerechtfertigt sind, wenn sie sich aus fachlicher Sicht mit großer Wahrscheinlichkeit vorteilhaft auf den gesundheitlichen Zustand des Betroffenen auswirken würden.

Zu 3.: Mit Blick auf sogenannte *mechanische freiheitsbeschränkende Maßnahmen* bedarf es einer differenzierten Analyse, die neben der grundsätzlichen Verfügbarkeit alternativer Handlungsformen und der Verhältnismäßigkeit der jeweils eingesetzten Mittel auch die Eingriffstiefe, die Häufigkeit und Dauer der einzelnen Maßnahmen sowie deren konkrete Folgen sowohl für das Selbsterleben der Betroffenen als auch für ihr Vertrauen in das pflegerische Umfeld berücksichtigt. Generell gilt, dass der Begründungsbedarf mit wachsender Eingriffstiefe, Dauer und Häufigkeit der jeweiligen Zwangsmaßnahmen rapide steigt. Vor allem *körpernahe Fixierungen* durch Gurte im Bett oder am Stuhl sind wegen der möglichen Verletzungs- und Strangulationsmöglichkeiten nicht nur mit einer erheblichen physischen Gefährdung des Pflegebedürftigen verbunden, sondern können aufgrund ihrer traumatisierenden Wirkung sogar einen Verstoß gegen dessen Würde darstellen, sodass sich deren regelmäßige Anwendung von selbst verbietet. Aber auch niederschwelligere Einschränkungen freier Körperbewegung – etwa durch Bettgitter, Stecktische, das Entfernen von Geh- und Fortbewegungshilfen bis hin zum Einbau von Trickschlössern oder dem Abschließen von Zimmertüren – sind dahingehend zu hinterfragen, ob sie tatsächlich dem Wohl des Betroffenen selbst (und nicht nur der Pflegeerleichterung oder dem Schutz Dritter) dienen und wirklich alternativlos sind. Ungeachtet der Notwendigkeit einer fachlich fundierten Sturzprophylaxe ist mit Blick auf das inhärente Sicherheitsrisiko vor allem körpernaher Fixierungen davon auszugehen, dass es für einen Großteil der insgesamt zwar rückläufigen, aber immer noch viel zu häufig angewendeten mechanischen Fixierungen keine plausible ethische Begründung gibt.

Zu 4.: Ähnliches gilt auch für den Einsatz von *Psychopharmaka* zur medikamentösen bzw. chemischen Fixierung in der stationären Alten- und Behindertenhilfe. Zwar ist nicht ausgeschlossen, dass es akute Situationen deutlich oder extrem gesteigerter Agitiertheit, Suizidalität oder Depressivität geben kann, in denen der Einsatz entsprechender Medikamente medizinisch eindeutig indiziert ist und auch für den in dieser Situation nicht oder nur eingeschränkt einwilligungsfähigen Betroffenen eine deutliche Leidensminderung zu bewirken vermag, doch sind dabei wegen der besonderen Eingriffstiefe und der Gefahr persönlichkeitsverändernder Effekte sowohl an die konkrete Diagnose, Indikationsstellung und Dosierung als auch an die regelmäßige Überprüfung der Notwendigkeit einer Fortsetzung der Medikation besonders strenge Sorgfaltskriterien anzulegen. Die in Pflegeeinrichtungen vielfach missbräuchlich, nämlich ohne persönliche Inaugenscheinnahme der Patienten und ohne engmaschige Überprüfung des individuellen Gesundheitszustandes der Betroffenen, verschriebenen Psychopharmaka belasten in Form zahlreicher die Wachheit negativ beeinflussender Nebenwirkungen die Gesundheit der zumeist vielfältig vorgeschädigten pflegebedürftigen Personen.[341] Da solche Medikamente zudem

[341] Vgl. Kojer/Gutenthaler 2016.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

häufig in verdeckter Form verabreicht werden, was eine gezielte und vorsätzliche Täuschung des Sorgeadressaten bedeutet, kann das Vertrauensverhältnis zu den Pflegekräften erheblich belastet oder sogar völlig zerstört werden. Außerdem nährt die Häufigkeit der Anwendung von Psychopharmaka den Verdacht, dass es in diesem Bereich an geeigneten Kontrollinstrumenten fehlt, und wirft zudem die Frage auf, ob sich nicht wenigstens ein Teil solcher Akutsituationen durch stärker präventiv ausgerichtete Pflegekonzepte vermeiden lässt, die das frühzeitige Abfangen erkennbarer psychischer Eskalationen durch alternative Strategien (z. B. entsprechende Bewegungskonzepte etc.) ermöglichen. Derartige Pflegekonzepte sollten selbstverständlicher Bestandteil der regelmäßigen Fort- und Weiterbildung sein.

Zu 5.: Die oft nur eingeschränkten Möglichkeiten einer verbalen Kommunikation mit pflegebedürftigen Personen führen auch erfahrene Pflegekräfte insofern nicht selten in konflikthafte Situationen, als sie sich zwar einerseits ganz selbstverständlich dem Respekt vor der Willensbekundung und der Sorge um das Wohl der ihnen anvertrauten Menschen verpflichtet fühlen, andererseits dieser klare Wille des Betroffenen für sie aber entweder gar nicht eindeutig zu ermitteln ist oder – je nach Tagesform – starken Schwankungen unterliegt oder aber in deutlichem Widerspruch zu denjenigen Standards steht, die aus fachlicher Perspektive eine gute Pflege ausmachen. Die Situation wird noch dadurch verkompliziert, dass Angehörige oft eigene – in sich wenig konsistente – Vorstellungen darüber entwickeln, welche konkreten pflegerischen Maßnahmen zum Wohle des Betroffenen ergriffen bzw. unterlassen werden sollten, und deren Durchsetzung offensiv einfordern. Dass Pflegekräfte unter diesen Umständen gelegentlich nicht nur große *Handlungsunsicherheit* erleben, sondern auch in *Gewissenskonflikte* geraten, ist insofern kaum überraschend, als die Vermittlung der verschiedenen Wertgesichtspunkte eine anspruchsvolle Aufgabe darstellt, über deren richtige Lösung in einer pluralen Gesellschaft nicht in jedem Einzelfall Einigkeit zu erreichen ist. Zwar ist unstrittig, dass recht verstandene Fürsorge auf die Förderung von Selbstbestimmung, Teilhabe und Lebensqualität des Pflegebedürftigen ausgerichtet sein muss, was Zwangsmaßnahmen in aller Regel ausschließt, doch treten in der Praxis immer wieder Situationen auf, in denen diese Zielwerte dadurch miteinander in Konflikt geraten, dass der Pflegebedürftige sich selbst massiv und irreversibel schädigt. Pflegekräfte stehen dann im Rahmen ihrer Fürsorgepflicht vor der Herausforderung zu prüfen, wie eindeutig und wohlerwogen die Willensäußerung des Betroffenen tatsächlich ist und welcher Grad an Selbstschädigung mit der Exekution seines Willens konkret und vorhersehbar verbunden wäre. Im Fall einer schweren dauerhaften Schädigung seiner körperlichen Integrität und/oder seiner zukünftigen Selbstbestimmungsfähigkeit wäre in solchen Situationen zu überlegen, ob es Mittel und Wege gibt, den Betroffenen an der Umsetzung seines selbstschädigenden Verhaltens zu hindern, ohne deswegen Zwang auszuüben.

Dennoch wird es in der Praxis auch immer wieder schwierige Grenzsituationen geben, in denen professionelle Akteure zu der Überzeugung gelangen, dass bestimmte Zwangsmaßnahmen zum Wohl des in seiner Freiverantwortlichkeit eingeschränkten Betroffenen unvermeidlich sind. Da Pflegekräfte oftmals unter extremem Zeitdruck und unter Bedingungen vielfachen Nichtwissens (z. B. über den persönlichen Willen, die tatsächlichen Folgen eines Handelns oder die Wahrscheinlichkeit des Eintritts eines Schadens) weitreichende Entscheidungen zu treffen haben und auch bewährte Moralprinzipien auf der Grundlage der Urteilskraft des Einzelnen stets aufs Neue mit im Einzelnen unvorhersehbaren situativen Handlungsumständen vermittelt werden müssen, kommt der Stärkung ihrer individuellen Urteilskraft (z. B. durch die Implementierung ethischer Unterstützungsangebote) eine besondere Bedeutung zu.

Zu 6.: Dessen ungeachtet darf das unstrittige Ziel einer möglichst weitgehenden Reduktion von Zwangsmaßnahmen in der Praxis aber nicht allein als Aufgabe einzelner Pflegekräfte verstanden werden. Eine nachhaltige Verringerung von offenen und verdeckten Zwangsmaßnahmen setzt vielmehr auch verstärkte Anstrengungen auf professioneller, kultureller und gesetzgeberischer Ebene voraus. So wichtig es freilich ist, einen geeigneten (sozial-)rechtlichen Rahmen für die Bereitstellung der nötigen personellen und finanziellen Ressourcen für den Pflegebereich zu schaffen, so sehr sollte man sich vor der Annahme hüten, dass sich ungerechtfertigte Zwangsmaßnahmen allein durch finanzielle oder rechtliche Instrumente aus der Welt schaffen ließen. Selbst strafrechtliche Sanktionen stehen zumindest immer dann in der Gefahr, lediglich eine bloße Verschiebung der jeweiligen Zwangstechnik nach sich zu ziehen, ohne den Umfang des Zwangs selbst nachhaltig reduzieren zu können, wenn sie nicht mit einem echten Einstellungswandel bei den professionell Sorgenden und entsprechenden Innovationen in den prozeduralen Abläufen und kommunikativen Prozessen innerhalb der Pflegeeinrichtungen einhergehen. Eine wirklich nachhaltige Veränderung setzt allerdings nicht nur voraus, dass Konfliktsituationen offen angesprochen und gemeinsam im Team bewältigt werden. Sie verlangt auch einen besseren Wissenstransfer durch geeignete Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen sowie die Implementierung geeigneter Instrumente einer ethischen Reflexionskultur in den besonders sensiblen Handlungsfeldern, die in die Zuständigkeit der institutionellen Träger einschlägiger Pflegeeinrichtungen fallen.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

6 Zusammenfassung

Gegenstand und Ziele

1. Unter *Zwang* wird in dieser Stellungnahme die Überwindung des Willens einer adressierten Person verstanden. „Wohltätig“ wird Zwang hier dann genannt, wenn er mit der Abwehr einer Selbstschädigung des Adressaten begründet wird und somit als Hilfsleistung gemeint ist. Eine Selbstschädigung liegt nicht nur dann vor, wenn eine Person infolge einer Handlung, Unterlassung oder auch der Weigerung gegen eine Maßnahme körperlichen oder seelischen Schaden erleidet, sondern auch, wenn ihre sozialen Beziehungen Schaden nehmen. Nicht Gegenstand dieser Stellungnahme ist hingegen Zwang zur Abwehr fremdschädigenden Verhaltens, auch wenn die Grenzziehung zwischen Selbst- und Fremdschädigung in der Praxis zuweilen schwierig ist.

2. Unter dem *Willen* wird hier generell die Fähigkeit einer Person verstanden, als Urheber ihre Handlungen selbstständig hervorzubringen und sie sich als eigene Handlungen zuzuschreiben. Der Grad der einem Willen zugrunde liegenden *Selbstbestimmung* kann je nach äußerer Situation, nach aktueller innerer Verfassung oder generell nach dem lebensgeschichtlichen Entwicklungsstand variieren: Selbst kleinere Kinder haben ihren Willen, den sie gegenüber anderen zur Geltung bringen können. Freilich erreicht er erst im Verlauf ihrer Lebensentwicklung jenen Grad an Reflexivität, der für freiverantwortliches und damit im vollen Sinne selbstbestimmtes Handeln einer Person erforderlich ist. *Freiverantwortlich* ist das Handeln einer Person dann, wenn sie selbst einer Handlungsoption zustimmen, sie ablehnen oder zwischen zur Verfügung stehenden unterschiedlichen Handlungsoptionen wählen kann, wenn sie versteht, was sie auszuführen bzw. zu unterlassen beabsichtigt (einschließlich der für sie absehbaren Folgen und Nebenfolgen), und sie ihre Entscheidung in den Kontext ihres Lebensentwurfes einordnen kann.

3. Eine Person ist nicht zu freiverantwortlichem Handeln in der Lage, wenn sie beispielsweise aufgrund ihres Alters, einer Krankheit oder einer körperlichen bzw. psychischen Beeinträchtigung generell nicht oder nicht mehr oder auch nur vorübergehend nicht in der Lage ist, ihre Lebenssituation angemessen zu verstehen, die Folgen ihrer Entscheidung bzw. ihres Handelns abzuschätzen oder danach zu entscheiden und zu handeln. Personen, die nicht freiverantwortlich handeln können, sind nicht schon deshalb willenlos. Auch sie bringen ihre Wünsche und ihr Streben zum Ausdruck: Sie wollen sich fortbewegen, akzeptieren eine medizinische Maßnahme oder lehnen diese ab usw. Um deutlich zu machen, dass es hierbei nicht um ein im emphatischen Sinne freiverantwortliches Handeln geht, sprechen Juristen vom „*natürlichen Willen*“. Für die Frage, ob mit der Überwindung des Willens einer Person Zwang ausgeübt wird, ist nicht maßgeblich, ob dieser Wille freiverantwortlich ist. Zwang liegt auch dann vor, wenn der natürliche Wille einer Person überwunden wird.

4. Die vorliegende Stellungnahme beschäftigt sich mit Zwangsmaßnahmen in der Praxis der Sozial- und Gesundheitsberufe. Im Folgenden geht es also ausschließlich um *professionelle Sorgebeziehungen*. Zwang tritt dort zum einen in der Form auf, dass eine Person durch Gewalt direkt und unmittelbar auf den Körper einer anderen Person einwirkt, um deren Entscheidungs- oder Verhaltensmöglichkeiten aufzuheben bzw. zu beschränken. In Sorgekontexten wird Zwang in diesem eng gefassten ursprünglichen Verständnis etwa dann ausgeübt, wenn eine Pflegekraft einen sich selbst gefährdenden, um sich schlagenden Menschen mit Demenz in einen Klammergriff nimmt oder mit einem Gurt im Bett fixiert. Zwang kann zum anderen mittelbar ausgeübt werden, wenn etwa Stationstüren abgeschlossen werden oder jemandem eine für ihn unentbehrliche Gehhilfe vorenthalten wird, um seine Bewegungsmöglichkeiten einzuschränken. Außer auf den Körper kann auch auf die psychische Verfassung einer Person in der Form von Zwang eingewirkt werden. Dies kann zum einen direkt durch das Androhen negativer Konsequenzen geschehen, wenn damit der entgegenstehende Wille der Person überwunden oder ausgeschaltet werden soll. Zum anderen kann der Wille auch indirekt überwunden werden, indem der betroffenen Person relevante Informationen vorenthalten oder falsche Tatsachen vorgespiegelt werden und sie so zu einer bestimmten Entscheidung bzw. zu einem bestimmten Verhalten bewegt wird. Zu dieser Fallkonstellation zählt auch die Verabreichung von Medikamenten, die in Speisen und Getränken versteckt werden, weil ihre Einnahme andernfalls von der betroffenen Person verweigert würde. Trotz ihrer unbestrittenen Bedeutung für professionelle Sorgebeziehungen fallen *strukturelle Zwänge*, die beispielsweise dann wirksam sind, wenn bestimmte Abläufe in einer Institution Personen in feste Tagesrhythmen einbinden und damit deren selbstbestimmte Alltagsgestaltung erschweren oder sogar unmöglich machen, aus dieser Betrachtung heraus. Solche Zwänge sind nicht wohltätig im Sinne dieser Stellungnahme; sie gründen vielmehr in institutionellen und organisatorischen Notwendigkeiten.

5. Mit dieser Stellungnahme verfolgt der Deutsche Ethikrat drei *Ziele*. Erstens will er die Öffentlichkeit für das schwierige Problemfeld der professionellen Hilfe durch Zwang im Spannungsfeld zwischen Wohl und Selbstbestimmung sensibilisieren, zweitens Politik, Gesetzgeber und Praxis auf Regelungs- und Umsetzungsdefizite hinweisen und mit Empfehlungen zu ihrer Behebung beitragen sowie drittens die Gesundheits- und

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Sozialberufe bei der Neuorientierung ihres Selbstverständnisses und ihrer Praxis als professionell Sorgende unterstützen. Leitend ist dabei die Vorstellung, dass Rahmenbedingungen, Strukturen und Prozesse so gestaltet werden sollten, dass Zwang möglichst vermieden wird. Es ist jedoch anzuerkennen, dass es dennoch zu Notsituationen für Sorgeempfänger kommen kann, in denen die Anwendung von Zwang als letztes Mittel zu prüfen ist. Auch für diese Situationen soll diese Stellungnahme Orientierung bieten.

Ethische Grundlagen und Kernthesen

6. Professionelle *Sorge* soll einerseits selbstverständlich stets das Wohl der Sorgeempfänger befördern oder wenigstens erhalten und andererseits ihre Selbstbestimmung gerade auch dann achten, wenn ihre selbstbezogenen Entscheidungen für andere schwer oder gar nicht nachvollziehbar sind. In Spannung geraten diese gleichermaßen grundlegenden Ziele immer dann, wenn der Respekt vor der Selbstbestimmung eines Sorgeadressaten verlangt, eine schwere Selbstgefährdung dieser Person in Kauf zu nehmen. Dies sind die Situationen, in denen infrage steht, ob die Verletzung der Selbstbestimmung in der Form von Zwang wohltätig ist.

7. Die Frage, wann eine Zwangsmaßnahme zum *Wohl* des Betroffenen legitim ist, lässt sich nicht anhand eines abstrakt und generell bestimmten Wohl-Begriffs beantworten. Es geht vielmehr darum zu bestimmen, wo die Grenze zwischen einer anzuerkennenden Entscheidung des Betroffenen und einem zulässigen Eingriff zu seinem Wohl zu ziehen ist. Dabei sind die folgenden Gesichtspunkte zu berücksichtigen: Erstens vermag keine Bestimmung des Wohl-Begriffs zu überzeugen, in der nicht auch das subjektive Selbsterleben des Betroffenen maßgeblich berücksichtigt wird. Daher sollte das Wohl des Betroffenen nicht abstrakt oder gar von den Interessen Dritter aus, sondern immer vom Betroffenen selbst her bestimmt werden. Zweitens ist davon auszugehen, dass es sich beim Begriff des Wohles um eine vielschichtige und komplexe Kategorie handelt, in die neben den aktuellen subjektiven Wünschen und Präferenzen des betroffenen Individuums auch dessen persönliche Biografie (einschließlich früherer Vorlieben, Werte und Zielvorstellungen) sowie gesellschaftlich und kulturell verankerte Leitbilder des guten Lebens und basale Normen (etwa der Menschenwürde) eingehen. Drittens gibt es eine hinreichende empirische Evidenz dafür, dass auch die aktuelle subjektive Bewertung des Betroffenen hinsichtlich seines Wohls nicht statisch ist, sondern – je nach Umständen – einem Wandel bzw. Entwicklungsprozess unterliegt.

8. Der Begriff der *Selbstbestimmung* wird in der vorliegenden Stellungnahme genutzt, um die ganze Bandbreite möglicher Graduierungen zwischen elementarer Willensbekundung etwa eines kleinen Kindes und der freiverantwortlichen Selbstbestimmung eines Erwachsenen mit einem Oberbegriff kenntlich zu machen. Selbstbestimmung setzt grundlegende Bedingungen und Kompetenzen voraus, die sie überhaupt erst ermöglichen. Genau diese physischen oder psychischen Bedingungen einer selbstgestalteten Lebensführung können durch situative Entscheidungen, Handlungsoptionen oder Willensäußerungen von Personen in ihrem Kerngehalt gefährdet sein. In dieser paradoxen Situation soll die Anwendung wohltätigen Zwangs das entstehende Dilemma dadurch entschärfen, dass sie als letztes Mittel zum Schutz und zur (Wieder-)Herstellung der physischen und psychischen Basisbedingungen einer selbstgestalteten Lebensführung dient.

9. Für die Frage, unter welchen Umständen die Selbstbestimmung erhaltende oder wiederherstellende Zwangsmaßnahmen legitimiert werden können, ist die Grenzziehung zwischen freiverantwortlichen Entscheidungen einerseits und solchen willentlichen Entscheidungen andererseits, die das Anforderungsprofil freiverantwortlicher Entscheidungen nicht erreichen, von entscheidender ethischer wie rechtlicher Relevanz. Sie markiert die Trennlinie zwischen weichpaternalistischen und hartpaternalistischen Eingriffen in die Entscheidungsfreiheit des Adressaten. *Paternalismus* umfasst Handlungen, die sich erstens bewusst über die Willensbekundungen des Adressaten hinwegsetzen und zweitens ausschließlich oder zumindest vorrangig das Ziel verfolgen, den Adressaten vor gravierender Selbstgefährdung oder Gefährdung fundamentaler eigener Interessen zu schützen. Als *weichpaternalistisch* wird ein Handeln bezeichnet, für das der Akteur mit der Zustimmung des Adressaten rechnen könnte, wäre er aktuell zu einer freiverantwortlichen Entscheidung bzw. Willensbildung fähig. Der Adressat einer weichpaternalistischen Maßnahme ist nicht dazu in der Lage, sich im vollen Sinne freiverantwortlich gegen diese Maßnahme zu entscheiden. Sein entgegenstehender natürlicher Wille verdient zwar sehr wohl als Erscheinungsform von Selbstbestimmung und Ausdruck der Würde Beachtung, hat jedoch nicht dieselbe Dignität wie eine freiverantwortliche Entscheidung. Als *hartpaternalistisch* bezeichnet man demgegenüber ein Handeln, das sich über eine freiverantwortliche und in diesem Sinn gänzlich selbstbestimmte Entscheidung des Adressaten hinwegsetzt. Legt man diese Unterscheidung zugrunde, ergeben sich unterschiedliche Ansprüche an die mögliche Rechtfertigung paternalistischer Zwangsmaßnahmen. Je näher selbstbestimmte Entscheidungen an das Anforderungsprofil freiverantwortlicher Entscheidungen heranreichen, desto höher sind die argumentativen Hürden, die eine Rechtfertigung von Zwangsmaßnahmen überwinden muss.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

10. Es besteht weitgehend Einigkeit darüber, dass unter bestimmten Voraussetzungen ein weichpaternalistisches Handeln moralisch legitim sein kann, wenn ein Sorgeadressat in der konkreten Entscheidungssituation *unzweifelhaft noch nicht, vorübergehend oder dauerhaft nicht oder nicht mehr* dazu in der Lage ist, eine freiverantwortliche Entscheidung zu treffen. Um tatsächlich als legitim gelten zu können, müssen weichpaternalistische Maßnahmen in solchen Situationen die folgenden Kriterien erfüllen:

- Die jeweilige Zwangsmaßnahme muss auf die Entwicklung, Förderung oder Wiederherstellung der selbstbestimmten Lebensführung der betroffenen Person im Rahmen der gegebenen Möglichkeiten und der hierfür elementaren leiblichen und psychischen Voraussetzungen abzielen. Dies gilt auch, wenn die Fähigkeit zum freiverantwortlichen Handeln nicht mehr erreichbar ist.
- Die Zwangsmittel müssen zu diesen Zielen geeignet, erforderlich und angemessen (d. h. im Blick auf Eingriffstiefe und Eingriffsdauer verhältnismäßig) sein.
- Die Abwehr eines primären Schadens darf nicht unangemessene andere womöglich irreversible Schäden erzeugen („sekundäre Vulnerabilität“).
- Der Schaden darf sich nicht anders abwenden bzw. das Ziel nicht anders erreichen lassen.
- Die jeweilige Maßnahme sollte auf die Zustimmung der adressierten Person stoßen, wäre diese aktuell zu einer freiverantwortlichen Entscheidung fähig.

11. Wenn in einer Situation *begründete Zweifel an der Freiverantwortlichkeit* der Entscheidung eines Sorgeadressaten bestehen, ist ergänzend zu den bereits genannten Kriterien darauf zu achten, dass die grundsätzlich vorhandenen Ressourcen für die selbstbestimmte Lebensführung durch entsprechende Assistenz wenn möglich auch für diese Entscheidungssituation aktiviert werden und jedenfalls nicht durch die Zwangsmaßnahme substanziellen Schaden nehmen. Lässt sich die Unsicherheit über das Vorliegen der Freiverantwortlichkeit nicht auflösen, muss die erforderliche Abwägung der Indizien Pro und Contra ein klares Übergewicht für die Wahrscheinlichkeit ihres Fehlens ergeben. Es sind in solchen Zweifelsfällen nur solche weichpaternalistischen Zwangsmaßnahmen legitim, die sich auf Maßnahmen zur (weiteren) Schadensvermeidung beschränken. Der abzuwendende Schaden muss zudem ein erhebliches Ausmaß besitzen und dazu geeignet sein, die betreffende Person schwer zu gefährden. Dazu gehören zweifellos Notfallsituationen, in denen Handlungen mit hoher Wahrscheinlichkeit zum Verlust des Lebens der sich selbst schädigenden Person führen und nicht ausreichend Zeit ist, die Freiverantwortlichkeit zu prüfen. Ebenso zu beurteilen sind jene Fallkonstellationen, in denen zwar nicht die physische Existenz, wohl aber diejenigen kognitiven, sozialen und affektiven Kompetenzen substanziell gefährdet sind, von denen die zukünftige Fähigkeit des Betroffenen zu selbstbestimmtem Entscheiden und Handeln abhängt. Gerade in solchen Fällen kann sich die Abwendung von Selbstschädigung im Nachhinein auch für die gezwungene Person als Wohltat erweisen. Bei Selbstschädigungen, die keine existenzielle Gefahr für den Betroffenen und seine zukünftige Selbstbestimmungsfähigkeit mit sich bringen, stellt sich dies anders dar. Ihn von solchen Schädigungen mit den Mitteln des Zwangs abzubringen, könnte selbst andere erhebliche Schäden, zum Beispiel der Selbstachtung, verursachen.

12. Hartpaternalistische Zwangsmaßnahmen, die eine *unbezweifelbar freiverantwortliche* Entscheidung zum Wohl der betroffenen Person zu überwinden trachten, sind im Rahmen professioneller Sorgebeziehungen nicht legitimierbar. Kern der Würde des Menschen ist seine Selbstzwecklichkeit und damit der Anspruch, weder von Dritten zum bloßen Instrument fremder Zwecksetzung missbraucht, noch in seinem Handeln und in seiner Lebensführung fremdbestimmt zu werden. Das Recht auf Selbstbestimmung umfasst auch das Recht, selbst solche Unterstützung Dritter zurückzuweisen, die sich zur Sicherung und Förderung des eigenen Wohls als unverzichtbar erweist. Deshalb ist es moralisch legitim, wenn ein Patient freiverantwortlich medizinische Eingriffe verweigert, selbst wenn diese medizinisch indiziert sind und ihre Unterlassung für ihn mit dem Risiko eines gravierenden Schadens oder sogar mit einer Lebensgefahr verbunden ist. Folglich ist es auch für Dritte moralisch geboten, diesen Akt der Selbstbestimmung zu respektieren.

13. Die Personen bzw. Personengruppen, die im Rahmen professioneller Sorgebeziehungen im Gesundheits- und Sozialwesen zu Adressaten wohltätigen Zwangs werden, zeichnen sich in der Regel durch außergewöhnlich hohe *Vulnerabilität* (Verletzlichkeit) aus; viele dieser Sorgeempfänger (psychisch erkrankte Menschen, Menschen mit Beeinträchtigungen oder Demenz usw.) sind bereits in ihrer gewöhnlichen Lebensführung erheblich eingeschränkt und in dieser Weise weniger als andere in der Lage, für ihre Interessen zu sorgen. Die Einschränkungen, die sich aus der primären Vulnerabilität (Erkrankungen usw.) ergeben, ziehen oftmals weitere Einschränkungen der persönlichen Lebenslage hinsichtlich subjektiver Faktoren nach sich. Erkennbar wird eine Form *sekundärer Vulnerabilität*, die neben dem kognitiven und motivationalen besonders auch den volitiven Faktor betrifft. Die wiederholte Erfahrung von Zwang kann sich, so „wohltätig“ sie konzipiert sein mag, aufseiten des Adressaten zu Missachtungserfahrungen verdichten, die entweder in offene Rebellion oder in soziale

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Scham sowie in den Verlust von Selbstvertrauen und Selbstachtung umschlagen. Mit Selbstvertrauen und Selbstachtung steht aber die Erfahrung der eigenen Würde als Mensch auf dem Spiel. Sie ist verknüpft mit der Erfahrung eines starken Gefühls von Zugehörigkeit zu einer Gemeinschaft und Gesellschaft, die jede Person als an Rechten, Pflichten und Lebenschancen gleichberechtigt einbezieht. Jede Erfahrung von Zwang kann als Erfahrung von Ohnmacht und Wehrlosigkeit dieses Gefühl von Zugehörigkeit in Verbindung mit den Momenten der Selbstachtung und des Selbstvertrauens schwer beeinträchtigen und faktisch zur sozialen Ausgrenzung führen.

14. Zu den sekundären Folgen der Anwendung von Zwang in professionellen Sorgebeziehungen zählen auch *Beschädigungen des Vertrauensverhältnisses* zwischen Sorgeempfängern und den zuständigen Institutionen bzw. Sorgenden. Unabhängig davon, ob in Einrichtungen für Kinder, Jugendliche, psychisch Kranke, Alte oder Menschen mit Behinderungen wohltätige Zwangsmaßnahmen überhaupt erwogen und gegebenenfalls ergriffen werden, fühlen die Betroffenen sich nicht selten „zwangsläufig“ bzw. „gezwungenermaßen“ in eine Abhängigkeit von den professionell Sorgenden gebracht. Das Gefühl der Ohnmacht und der Wehrlosigkeit wird verstärkt, wenn in einem solchen Kontext Sorgehandlungen mit wohltätigem Zwang durchgeführt werden.

15. Entscheidungen über die Anwendung von Zwang fallen aus der alltäglichen Routine in professionellen Sorgebeziehungen heraus und stellen besondere Anforderungen an das *Urteilsvermögen* der Sorgenden. Insbesondere wenn ein Handeln unter Zeitdruck oder mit nur begrenztem Wissen um die betroffene Person erforderlich ist, wird die Befähigung professionell Sorgender zu einer situationsadäquaten Urteilsbildung auf die Probe gestellt. Doch auch bei sorgfältigster Bewertung einer Situation kann sich im Umgang mit Maßnahmen wohltätigen Zwangs beim Akteur insofern das Gefühl eines *perplexen Gewissens* einstellen, als alle zur Verfügung stehenden Handlungsalternativen etwas moralisch Problematisches an sich haben: Während die Ausübung von Zwang als Verstoß gegen das hohe Gut der Selbstbestimmung des Hilfeempfängers erlebt wird, kann gleichzeitig der Verzicht auf entsprechende Zwangsmaßnahmen als mangelnde Fürsorge angesichts der drohenden Selbstschädigung erscheinen, die ebenfalls mit Schuldgefühlen verbunden ist. Wenn sich Sorgetragende daher in extremen Situationen zu der tragischen Entscheidung gedrängt sehen, ihre fundamentale Verpflichtung zum Respekt vor freiverantwortlichen Entscheidungen zu missachten und solche Selbstbestimmung mit Zwangsmaßnahmen zu überwinden, darf die darin zum Ausdruck kommende Gewissensnot zwar nicht übergangen werden. Gleichwohl lassen sich derartige Zwangsmaßnahmen ethisch nicht rechtfertigen. Zudem müssen die Handelnden mit rechtlichen Sanktionen rechnen.

16. Weil die in dieser Stellungnahme bewerteten Sorgehandlungen wohltätigen Zwangs in professionelle Settings eingebettet sind, in denen diese von Personen mit spezifischen beruflichen Rollen und Verpflichtungen durchgeführt werden, müssen die grundsätzlichen Überlegungen zur Legitimität von Sorgehandlungen wohltätigen Zwangs in einer Ethik professioneller Sorgehandlungen konkretisiert werden.

17. Generell muss bei der Beantwortung professionsethischer Fragen das Wechselverhältnis dreier Verantwortungsebenen im Blick behalten werden, in die alle professionellen Sorgehandlungen (einschließlich solcher des wohltätigen Zwangs) allein durch ihre institutionellen Bindungen (an eine Klinik, eine stationäre Einrichtung der Alten- und Behindertenhilfe, ein Jugendamt o. Ä.) immer eingebettet sind: Auf der Mikroebene ist es die persönliche Verantwortung des professionellen Akteurs in unmittelbarer Sorgebeziehung zu einem Adressaten. Auf der Mesoebene ist es seine persönliche Verantwortung als Mitakteur in einem Team, das als *systemischer Akteur* gemeinsam die Sorge gestaltet und verantwortet. Auf der Makroebene ist es die korporativ wahrgenommene Verantwortung der Leitungsebene, die neben der Implementierung entsprechender Handlungsleitlinien vor allem auch die institutionellen Rahmenbedingungen verantwortet, innerhalb deren die Organisationsmitglieder ihrer spezifischen Verantwortung auf der Mikro- und Mesoebene nachkommen können. Darüber hinaus sind systembezogen auch die politisch verantwortlichen Akteure, wie etwa der Gesetzgeber, einzubeziehen, die für den ordnungspolitischen Rahmen des Gesundheitssystems und seine spezifischen Allokationsentscheidungen maßgeblich sind. Bleiben diese Wechselbezüge außer Acht, so verstärkt sich das immer wieder beklagte Gefühl der einzelnen Akteure, dass es an realistischen Umsetzungsmöglichkeiten mangele und man ohnmächtig vor den abstrakten Forderungen des puren Sollens stehe.

18. Eine sowohl in der Pflege als auch in der Kinder- und Jugendhilfe und der Medizin anerkannte professionsethische Forderung ist die, Prozesse so zu gestalten, dass die Beteiligung des Sorgeadressaten sowie derjenigen gewährleistet wird, die für ihn sorgerechtlich verantwortlich sind (z. B. der Eltern oder des Vorsorgebevollmächtigten bzw. rechtlichen Betreuers). Dieser Anspruch auf Partizipation umfasst prinzipiell alle Phasen der professionellen Intervention, von der Bewertung der konkreten Lebenslage des Sorgeadressaten über die Klärung möglicher Handlungsoptionen und die Entscheidung für eine bestimmte Intervention bis zu deren

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Durchführung, Nachbesprechung und Auswertung. Diese möglichst umfassende Beteiligung der Sorgeadressaten ist ein elementarer Baustein für ein Vertrauensverhältnis zwischen Sorgenden und Sorgeadressaten, der die Eintrittswahrscheinlichkeit von Zwangsmaßnahmen, gleich welcher Art, erheblich mindern kann.

19. Weil Zwangsmaßnahmen immer nur letztes Mittel sein dürfen, muss ihnen immer der Versuch vorausgehen, den Sorgeadressaten durch Transparenz und Begründungsarbeit von der Notwendigkeit der jeweiligen Intervention zu überzeugen und so eine informierte Einwilligung zu erhalten. Hierbei dürfen Praktikabilitätserwägungen (wie hoher Aufwand, Zeitknappheit usw.) jedoch keine Rolle spielen. Es ist sorgfältig darauf zu achten, dass der Überzeugungsversuch nicht in den Modus des Überredens wechselt oder der reale Entscheidungsspielraum etwa durch Dramatisierung, Vorenthaltung von Informationen über Alternativen oder Ähnliches bewusst eingeschränkt wird. Die letztgenannten Modi bewegen sich selbst schon innerhalb einer Fallkonstellation des wohltätigen Zwangs. Hier ist eine hohe Sensibilität der professionell Sorgenden erforderlich – insbesondere in jenen Situationen, in denen die Einwilligung nicht aus voller Überzeugung, sondern erst nach langem Abwägen, zurückhaltend oder sogar nur widerstrebend erfolgt.

20. Aus den professionsethischen Überlegungen ergeben sich weitere, eher verfahrensbezogene Kriterien für die Legitimation wohltätigen Zwangs:

- Professionelles Sorgehandeln muss fachlichen Qualitätsstandards genügen, das heißt, die jeweilige Handlung muss fachlich angemessen sein. Im Falle von Zwangsmaßnahmen muss auch die zwangsweise Durchführung fachlich angemessen sein. Die Maßnahme und ihre zwangsweise Durchführung müssen also fachlich „doppelt“ gerechtfertigt sein.
- Es muss ausreichend präzise ermittelt werden, ob die adressierte Person in Bezug auf die betreffende Maßnahme nicht in der Lage ist, eine freiverantwortliche Entscheidung zu treffen.
- Die zuvor bereits genannten Kriterien (Wohl der betroffenen Person einschließlich deren subjektiver Bewertung, Erforderlichkeit für Wiederherstellung selbstbestimmter Lebensführung, Ultima Ratio, sekundäre Vulnerabilität, prinzipielle nachträgliche Zustimmungsfähigkeit usw.) müssen ausreichend präzise ermittelt und ihre Ermessensspielräume ausgelotet werden.
- Der Betroffene muss als Person ernst genommen und an der Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung der jeweiligen Maßnahme beteiligt werden.
- Bei einem Kind oder Jugendlichen müssen die Eltern oder andere Sorgeberechtigte, bei einem Erwachsenen der Bevollmächtigte oder rechtliche Betreuer an der Entscheidung über den Einsatz von Zwangsmaßnahmen beteiligt werden.
- Die Kriterien müssen verfahrensmäßig umgesetzt und abgesichert werden. Dazu gehören etwa die Anordnung und Überwachung der Zwangsmaßnahme durch eine fachlich qualifizierte und verantwortliche Person und die Dokumentation über die maßgeblichen Gründe für die Zwangsmaßnahme, ihre Durchführung sowie Dauer und Art der Überwachung.

Rechtliche Grundlagen und Bestimmungen

21. Das geltende Recht kennt den legitimen Einsatz wohltätigen Zwangs, fordert ihn sogar in bestimmten Fällen und unter bestimmten Voraussetzungen. So hat das Bundesverfassungsgericht zwar klargestellt, dass eine medizinische Behandlung bzw. eine 5-Punkt- oder 7-Punkt-Fixierung gegen den natürlichen Willen des Betroffenen auf schwerwiegende Weise in das Grundrecht der körperlichen Unversehrtheit bzw. in das Grundrecht der Fortbewegungsfreiheit eingreift. Dennoch sei es dem Gesetzgeber nicht prinzipiell verwehrt, derartige Eingriffe unter bestimmten Voraussetzungen zu ermöglichen, um den anderen grundrechtlich geschützten Interessen des Betroffenen Rechnung zu tragen. Zwar umfassen die Freiheitsgrundrechte auch das Recht, von der Freiheit einen Gebrauch zu machen, der in den Augen Dritter den wohlverstandenen objektiven Interessen des Grundrechtsträgers zuwiderläuft. Die damit gewährleistete „Freiheit zur Krankheit“ schließt es aus, dass eine derartige Zwangsmaßnahme gegen den „freien Willen“ eines Menschen erfolgt. Kann aber ein Betroffener aktuell keinen freiverantwortlichen Willen in Bezug auf den Umgang mit seiner Krankheit bilden, weil er krankheitsbedingt nicht in der Lage ist, die Notwendigkeit einer Maßnahme zu erkennen oder nach dieser Einsicht zu handeln, und liegen keine tragfähigen Anhaltspunkte dafür vor, dass diese Ablehnung seinem freiverantwortlichen Willen entspricht, tritt die Schutzpflicht des Staates zugunsten des Lebens und der körperlichen Unversehrtheit in den Vordergrund. Die Schutzpflicht findet in diesem Fall ihren Grund in dem gesteigerten Schutzbedarf der Person, sofern diese nicht zur Einsicht in die konkrete Notwendigkeit einer Maßnahme fähig ist und darum Gefährdungen von Leib und Leben ausgeliefert wäre, ohne in Freiheit selbst für den eigenen Schutz sorgen zu können.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

22. Das Bundesverfassungsgericht hat den Gesetzgeber sogar dazu verpflichtet, eine medizinische Zwangsbehandlung zu ermöglichen, falls eine drohende erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung einschließlich einer Lebensgefahr durch eine nicht zu eingriffsintensive Behandlung mit hohen Erfolgsaussichten abgewehrt werden kann und die Betroffenen allein aufgrund ihrer krankheitsbedingt fehlenden Einsichts- oder Urteilsfähigkeit mit ihrem natürlichen Willen eine solche Behandlung ablehnen. Der Gesetzgeber habe dabei jedoch auf die zurücktretenden Freiheitsrechte der Betroffenen möglichst weitgehend Rücksicht zu nehmen. So müsse der freiverantwortliche Wille des Betroffenen auch dann respektiert werden, wenn er lediglich anhand von Indizien – insbesondere unter Rückgriff auf frühere Äußerungen oder etwa aufgrund der Qualität des geäußerten natürlichen Willens – ermittelbar sei. Einzig wo dies nicht möglich sei, wenn also keine tragfähigen Anhaltspunkte vorliegen, dass die Ablehnung der Behandlung dem freiverantwortlichen Willen entspricht, könne als letztes Mittel ein entgegenstehender natürlicher Wille überwunden werden.

23. Der Respekt vor der Selbstbestimmung des Einzelnen gebietet es nach Ansicht des Bundesverfassungsgerichts sicherzustellen, dass vor ärztlichen Maßnahmen stets aktuell festgestellt wird, ob der Betroffene im Hinblick auf diese Maßnahmen hinreichend einsichts- und urteilsfähig ist, sodass er hierfür einen freien und damit maßgeblichen Willen bilden kann. Ist dies nicht der Fall, kann sein freier Wille anhand einer Patientenverfügung oder früher geäußerten Behandlungswünschen ermittelt werden. Im Hinblick auf den aktuell einer Maßnahme entgegenstehenden natürlichen Willen des nicht einsichts- oder urteilsfähigen Betroffenen ist außerdem zunächst zu versuchen, ihn von der Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit der vorgesehenen Behandlung zu überzeugen, bevor als letztes Mittel eine Zwangsbehandlung erfolgen darf.

24. In verfahrensrechtlicher Hinsicht verlangt das Bundesverfassungsgericht des Weiteren die Anordnung der Zwangsmaßnahme durch einen Arzt und einen wirksamen gerichtlichen Rechtsschutz sowie die Dokumentation der gegen den Willen des Betroffenen ergriffenen Maßnahmen, einschließlich ihres Zwangscharakters, der Durchsetzungsweise, der maßgeblichen Gründe und der Wirkungsüberwachung.

25. Die grundrechtlichen Rahmenbestimmungen werden auf völkerrechtlicher Ebene durch die einschlägigen Menschenrechtskonventionen ergänzt. Neben der Europäischen Menschenrechtskonvention sind dies insbesondere die UN-Behindertenrechtskonvention und die UN-Kinderrechtskonvention mit der Schlüsselnorm über die Partizipation des Kindes in Artikel 12. Der subjektorientierte, der menschenrechtlichen Emanzipation verpflichtete Ansatz dieser Konventionen gibt Anlass, sich mit den zentralen Fragen des Konzepts eines freiverantwortlichen Willens und dessen Abgrenzung zum natürlichen Willen eingehend auseinanderzusetzen und dabei auch die Sensibilität für die Gefahren erniedrigender und würdeverletzender Behandlungen zu erhöhen. Mit Bezug auf Berichte des Ausschusses für die Rechte von Menschen mit Behinderungen, in denen Kritik an der Umsetzung der Bestimmungen der UN-Behindertenrechtskonvention im deutschen Recht bzw. der deutschen Rechtspraxis geübt wurde, hat das Bundesverfassungsgericht klargestellt, dass die Äußerungen des Ausschusses zwar zu beachten, aber völkerrechtlich nicht verbindlich sind.

Wohltätiger Zwang in der Psychiatrie

26. Stellvertretend für das gesamte medizinische Praxisfeld befasst diese Stellungnahme sich eingehend mit der Psychiatrie, weil die öffentliche Problematisierung wohltätigen Zwangs vom Praxisfeld der Psychiatrie ausging. Zudem haben höchstrichterliche Urteile hinsichtlich psychiatrischer Zwangsmaßnahmen einen erheblichen Reformbedarf in Praxis und Gesetzgebung aufgezeigt. Dies stellt einerseits die psychiatrische Versorgung vor große Herausforderungen, hat aber andererseits auch eine Dynamik der Entwicklung von Alternativen zu Zwangsmaßnahmen und einen Reflexionsprozess in der Psychiatrie ausgelöst.

27. Ist ein Patient zu einer freiverantwortlichen Entscheidung nicht in der Lage, kann es nicht nur in der Psychiatrie, sondern in allen Bereichen der Medizin zu Situationen kommen, in denen dieser eine Maßnahme ablehnt, die im Hinblick auf sein gesundheitliches Wohl unerlässlich erscheint. Ob in solchen Situationen die zwangsweise Durchführung der fraglichen Maßnahme legitim sein kann, wird insbesondere in der Psychiatrie seit Langem kontrovers diskutiert. Soll die Zwangsmaßnahme verhindern, dass ein Mensch mit psychischer Krankheit sich entweder selbst Schaden zufügt oder ihm durch die Ablehnung einer medizinischen Behandlung ein Schaden entsteht, handelt es sich um „wohltätigen“ Zwang im Sinne dieser Stellungnahme. Neben dem Ziel, dem einzelnen psychisch kranken Menschen professionelle Hilfe durch die Abwendung von Selbstschädigung zukommen zu lassen, ist mit der Anwendung von Zwang in der Geschichte der Psychiatrie jedoch häufig auch noch ein anderes Ziel verfolgt worden: der Schutz der Allgemeinheit vor sozial herausforderndem oder bedrohlichem Verhalten psychisch Kranker.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

28. Psychische Erkrankungen wie Schizophrenie oder schwere Depression schränken nicht selten die Fähigkeit des Patienten ein, freiverantwortlich zu entscheiden. Sie können Wahrnehmung, Denken, Fühlen, Antrieb und Verhalten unter Umständen so sehr beeinträchtigen, dass ein psychisch kranker Mensch nicht in der Lage ist, in einer konkreten Situation deren Tragweite und Bedeutung zu verstehen, sich darüber ein eigenes Urteil zu bilden oder danach zu handeln. Aus Sicht der Psychiatrie erscheinen Zwangsmaßnahmen dann als notwendig, wenn infolge krankheitsbedingter Krisen die Wahrnehmung der Realität verzerrt ist und Handlungsimpulse auftreten, die mit einem hohen Risiko dauerhafter und gravierender Selbstschädigung, bis hin zur Selbsttötung, verbunden sind. Depressionen, Angstzustände und Schizophrenie gehen mit einer deutlich erhöhten Rate von Suizidhandlungen einher. Handlungsimpulse können dabei entweder vom Patienten nicht willentlich kontrolliert werden oder sie sind flüchtige Eingebungen, die den Willensäußerungen des Patienten vor und nach der krankheitsbedingten Krise nicht entsprechen. Aus professioneller Perspektive gilt, dass in diesen Fällen eine Behandlung unter Umständen auch gegen den aktuell geäußerten, natürlichen Willen des Patienten erfolgen sollte, insbesondere dann, wenn dessen Leben in Gefahr ist. Psychiater halten daher wohl eine Minimierung von Zwangsbehandlungen und anderen Zwangsmaßnahmen für möglich, nicht aber einen völligen Verzicht darauf.

29. Wie in den anderen Praxisfeldern auch, kommen in der Psychiatrie zum einen *freiheitsbeschränkende bzw. freiheitsentziehende Zwangsmaßnahmen* zur Anwendung, zu denen etwa Maßnahmen zur Einschränkung bis hin zur völligen Aufhebung der Bewegungsfreiheit zum Beispiel durch Zwangsunterbringung oder Fixierung gehören. Zum anderen werden *Zwangsbehandlungen* durchgeführt, zu denen Maßnahmen zur psychiatrischen Behandlung und Versorgung zählen, wie eine diagnostische Untersuchung, Medikation, Elektrokrampftherapie oder Ernährung, die gegen den Willen des Patienten angewandt werden.

30. Die Rechtsgrundlagen für Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie sind in den letzten Jahren aus grund- und menschenrechtlicher Sicht mehrfach infrage gestellt worden. Psychiatrieerfahrene beziehen sich mit ihrer Forderung nach einem generellen Verbot von Zwangsbehandlungen in erster Linie auf das von verschiedenen Menschenrechtskonventionen geforderte Verbot der Folter und grausamer, inhumaner oder erniedrigender Behandlung oder Strafen. Allerdings kann dieses Verbot nicht kategorisch alle Zwangsmaßnahmen in der psychiatrischen Versorgung psychisch kranker Menschen untersagen. Wenn eine Person mit einer psychischen Erkrankung eine medikamentöse Behandlung ablehnt, die nach sorgfältiger Prüfung auch unter der Bedingung ihrer zwangsweisen Durchführung medizinisch eindeutig indiziert ist, sie die Folgen der Behandlungsverweigerung krankheitsbedingt nicht verstehen oder beurteilen kann, zudem erfolglos alles unternommen worden ist, um sie von der Behandlungsnotwendigkeit zu überzeugen, und die Krankheit und die Behandlungsverweigerung ein großes Exklusionsrisiko für sie darstellen und ihr langfristig kein selbstbestimmtes Leben ermöglichen, stellt eine Zwangsbehandlung keine grausame, inhumane oder erniedrigende Behandlung im Sinne des Folterverbots dar und verletzt nicht die Menschenrechte des Betroffenen.

31. Menschen mit psychischer Erkrankung haben wie alle anderen Kranken ein Recht auf angemessene medizinische Versorgung mit dem Ziel, ihr Leid zu mindern und ihre Gesundheit wiederherzustellen. Dabei ist ein diskriminierungsfreier Zugang zu einer dem wissenschaftlichen Sachstand entsprechenden psychiatrischen Versorgung sicherzustellen. Zur Wiederherstellung der Gesundheit oder zur Leidensminderung können unter Umständen auch Zwangsmaßnahmen geboten sein, wenn die betroffene Person selbst nicht mehr in der Lage ist, die Notwendigkeit einer Behandlung zu erkennen oder nach dieser Einsicht zu handeln, und keine anderen Alternativen zur Verfügung stehen. Der Staat ist jedoch aufgefordert, über gesetzliche Schutzmaßnahmen jeden Missbrauch von psychiatrischen Zwangsmaßnahmen zu verhindern und diese auf das absolut unverzichtbare Maß einzuschränken. Dazu gehören unter anderem die Dokumentation der Zwangsmaßnahmen und ihrer Durchsetzung, der maßgeblichen Gründe und der Wirkungsüberwachung sowie ein wirksamer gerichtlicher Rechtsschutz. Zudem sollen die Möglichkeiten der medizinischen und sozialen Unterstützung und der Selbsthilfe gefördert werden, die geeignet sind, der Notwendigkeit von psychiatrischen Zwangsmaßnahmen vorzubeugen und Personen mit psychisch-sozialen Beeinträchtigungen ein selbstbestimmtes Leben inmitten der Gesellschaft zu ermöglichen.

32. Auf betreuungsrechtlicher Grundlage ist eine *freiheitsbeschränkende oder freiheitsentziehende Maßnahme* nur mit Einwilligung des Bevollmächtigten oder rechtlichen Betreuers zulässig. Sie setzt voraus, dass der Betroffene einsichts- oder urteilsunfähig ist, er sich selbst erheblich gefährdet und diese Selbstgefährdung durch kein anderes, milderes Mittel abgewendet werden kann. Soll der Betroffene in einer Einrichtung *freiheitsentziehend untergebracht* oder soll ihm *auf andere Weise* regelmäßig oder über einen längeren Zeitraum *die Freiheit entzogen* werden, ist dafür – außer in Eilfällen – eine gerichtliche Genehmigung nach Einholung eines Sachverständigengutachtens erforderlich.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

33. Die landesrechtlichen Unterbringungs- bzw. Psychisch-Kranken-Gesetze ermöglichen die *freiheitsentziehende Unterbringung* zum Schutz Dritter, daneben aber auch zum Schutz des psychisch kranken Menschen selbst, wenn dieser sich unmittelbar selbst erheblich gefährdet und die Gefahr nicht anders abgewendet werden kann (Krisenintervention). Diese sogenannte öffentlich-rechtliche Unterbringung wird von der zuständigen Verwaltungsbehörde veranlasst und muss vom Betreuungsgericht nach Einholung eines Sachverständigengutachtens genehmigt werden. Die Landesgesetze regeln darüber hinaus die Anwendung *anderer freiheitsentziehender Maßnahmen* im Rahmen dieser Unterbringung. Das Bundesverfassungsgericht hat hier jüngst erheblichen Reformbedarf aufgezeigt.

34. Eine ärztliche Maßnahme kann nach allgemeinen Grundsätzen nur mit der Einwilligung des angemessen aufgeklärten Patienten und ohne dessen Einwilligung nur mit Zustimmung des Bevollmächtigten bzw. rechtlichen Betreuers oder in Notfällen auf Grundlage des mutmaßlichen Patientenwillens durchgeführt werden. Ärzte sind dabei zivilrechtlich und berufsrechtlich verpflichtet, alle für die Behandlung wesentlichen Maßnahmen und Ergebnisse zu dokumentieren.

35. Im Hinblick auf die besondere Konstellation der Zwangsbehandlung gegen den natürlichen Willen des Patienten genügte keines der Anfang dieses Jahrzehnts existierenden Gesetze den grund- und menschenrechtlichen Anforderungen, wie das Bundesverfassungsgericht, der Bundesgerichtshof und andere Gerichte festgestellt haben. In manchen Bundesländern enthalten die einschlägigen Landesgesetze bis heute keine Regelung der Zwangsbehandlung. Die meisten Bundesländer haben ihre Landesgesetze allerdings reformiert. Allerdings ist auch dort umstritten, ob diese Neuregelungen den grund- und menschenrechtlichen Anforderungen genügen.

36. In der Praxis kommt den von Fachgesellschaften ausgearbeiteten *Leitlinien* eine besondere Bedeutung zu. Sie werden auf Grundlage aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse und praktischer Erfahrungen entwickelt und haben das Ziel, den Behandelnden Sicherheit und Orientierung zu geben. Auch wenn entscheidend bleibt, dass Ärzte für ihren Patienten im Einzelfall die angemessene Behandlung zu finden und zu verantworten haben, werden die Leitlinien in der medizinischen Praxis weithin anerkannt und leisten einen wichtigen Beitrag bei der Realisierung guter medizinischer Versorgung (*good clinical practice*).

37. Bei der ethischen Beurteilung wohltätigen Zwangs in der Psychiatrie reicht es nicht aus, lediglich einzelne Handlungen oder bestimmte Handlungsformen isoliert für sich zu bewerten; vielmehr müssen auch die dahinterliegenden persönlichen Haltungen und Einstellungen sowie die konkreten Entscheidungsprozeduren und kommunikativen Prozesse in die Betrachtung einbezogen werden. Außerdem muss bei der Bewertung bestimmter Maßnahmen die spezifische Situation der betroffenen Person berücksichtigt werden. Schließlich lassen sich die Voraussetzungen, unter denen sich wohltätiger Zwang als ethisch legitim erweist, nicht abstraktgenerell definieren, sondern sind jeweils Ergebnis konkreter Grenzziehungen, die von Dritten vorgenommen werden und ihrerseits gerechtfertigt werden müssen. Der Einsatz wohltätigen Zwangs ist daher an ein *mehrstufiges und multikriterielles Prüfungsverfahren* zu binden.

38. In normativer Hinsicht ist es notwendig, zwischen den Rechten der betroffenen Person auf Wiederherstellung ihrer psychischen Gesundheit und Minderung ihres psychischen Leids, auf Selbstbestimmung, menschenwürdige Behandlung und gleichberechtigte Teilhabe an der Gesellschaft zu unterscheiden. Eine Zwangsmaßnahme in der psychiatrischen Versorgung kann demnach geboten sein, wenn begründete Aussicht besteht, die Gefahr einer nicht freiverantwortlichen, aber gravierenden Selbstschädigung abzuwenden und die psychische Gesundheit der betreffenden Person wiederherzustellen. Wohltätigkeit bemisst sich dabei sowohl an der Möglichkeit, das aktuelle subjektive und objektive Leid der betroffenen Person zu mindern, als auch daran, ihre Interessen an einem zukünftigen Leben ohne psychische Erkrankung, ihre Möglichkeiten zu einem selbstbestimmten Leben und zu einer gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft zu wahren.

39. Die *Beurteilung der Selbstbestimmungsfähigkeit* und die Feststellung, dass die betroffene Person aufgrund ihrer eingeschränkten Fähigkeit zur Selbstbestimmung in der konkreten Situation nicht freiverantwortlich entscheiden oder handeln kann, bilden eine notwendige Voraussetzung für die Legitimation einer Zwangsmaßnahme. Allerdings stellen weder die Diagnose einer psychischen Erkrankung noch die aus der Sicht der Psychiatrie bestehende Möglichkeit oder Notwendigkeit ihrer Behandlung für sich genommen die Selbstbestimmungsfähigkeit eines Patienten infrage. Auch die Verweigerung einer medizinischen Behandlung darf nicht per se als Zeichen eingeschränkter oder fehlender Selbstbestimmungsfähigkeit interpretiert werden. Vielmehr muss die eingeschränkte Selbstbestimmungsfähigkeit in jedem Einzelfall problem- und situationsbezogen festgestellt werden, und es bedarf einer spezifischen Begründung, inwiefern die betroffene Person deshalb in der konkreten Situation nicht freiverantwortlich entscheiden oder handeln kann.

40. Gerade in der Psychiatrie kann es vorkommen, dass der gegen einen erkennbaren Willen ausgeübte Zwang, selbst wenn er nach den Maßstäben Außenstehender als wohltätig eingestuft wird, von der betroffenen

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Person als traumatisierend erlebt wird. Diese individuellen Reaktionen müssen in die Gesamtbewertung der realistischerweise erreichbaren wohltätigen Ziele einbezogen werden, weil sie in der Lage sind, das ursprünglich avisierte Ziel zu konterkarieren und das Vertrauen des Patienten in die Medizin und/oder sein soziales Umfeld zu untergraben. Dies ist insbesondere bei chronisch psychisch erkrankten Personen der Fall, bei denen das Ziel auf Wiederherstellung der Gesundheit mehr und mehr in den Hintergrund tritt, weil es aller Wahrscheinlichkeit nach nicht mehr erreicht werden kann. Stattdessen muss betroffenen Personen ermöglicht werden, auch mit einer mehr oder minder stark ausgeprägten psychischen Behinderung ein für sie akzeptables Leben einschließlich vollumfänglicher Teilhabe an der Gesellschaft zu führen.

41. Ein wichtiges Mittel, um den Willen des Patienten festzustellen, ist eine *vorsorgliche Willensbekundung* des Patienten (z. B. eine Patientenverfügung). Vorzugswürdig ist aus medizinischer und ethischer Sicht, dass der Patient nach angemessener Beratung mit dem Arzt gemeinsam entscheidet, wie in einem künftigen Krankheitsfall und bei Verlust der Einwilligungsfähigkeit vorgegangen werden soll, und dies in einer Behandlungsvereinbarung festgehalten wird. Eine solche Behandlungsvereinbarung ist nicht zuletzt Ausdruck des Kooperationsverhältnisses zwischen Arzt und Patient und des gegenseitigen Respekts. Sie kann eine gute Grundlage für das ärztliche Gespräch mit dem Patienten in einer künftigen Krisensituation bilden und dadurch Zwangsmaßnahmen vermeiden oder reduzieren helfen.

42. Ein wesentliches Ziel der Behandlung psychischer Erkrankungen ist es, die Betroffenen zu befähigen, mit Erkrankungen, auftretenden Konflikten und Krisen so umzugehen, dass sie ihr Leben und ihren Alltag nach eigenen Maßstäben selbst meistern können. Eine *menschenwürdegerechte therapeutische Haltung* richtet sich deshalb auf den Patienten als Person; er muss in den Behandlungsprozess aktiv einbezogen werden. Die Durchführung von Zwangsmaßnahmen bei der Behandlung psychisch kranker Menschen steht in einem prinzipiellen Spannungsverhältnis zu dieser Forderung. Falls die Ausübung von Zwang in einer konkreten Situation ausnahmsweise gerechtfertigt ist, bedeutet dies zudem nicht, dass Zwang in jeder weiteren Krise unbesehen erneut angewendet werden darf. Sein Einsatz setzt vielmehr stets voraus, dass die infrage stehende aktuelle Beschneidung der Freiheit in der realistischen Erwartung erfolgt, Krisen, aus denen die Tendenz zur Selbstschädigung hervorgeht, könnten überwunden, Konflikte aufgelöst, Handlungskontrolle wiederhergestellt und insbesondere Selbstbestimmung und Teilhabe des Patienten gefördert und gegebenenfalls auch langfristig erhalten werden. Bei der Verwirklichung eines solchen personenzentrierten Ansatzes können Zwangsmaßnahmen allenfalls vorübergehend akzeptabel sein. In jedem Fall stellt sich aber die Aufgabe, dem Patienten die langfristige Perspektive von Beginn an zu vermitteln und gemeinsam mit ihm im Nachhinein zu prüfen, ob die Ausübung von Zwang zur Stärkung seiner Selbstbestimmung und Teilhabe beigetragen hat und gerechtfertigt war.

Wohltätiger Zwang in der Kinder- und Jugendhilfe

43. Die Kinder- und Jugendhilfe umfasst ein breites Aufgabenspektrum sozialer Arbeit, das von einer allgemeinen Förderung von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien (z. B. durch Kindertagesstätten, offene Jugendarbeit und Familienbildung) über spezifische Hilfen zur Erziehung in besonderen Lebenslagen (z. B. bei eingeschränkter Erziehungskompetenz der Eltern) bis hin zu sogenannten intensiv-pädagogischen Maßnahmen reicht, zu denen in besonders zugespitzten Lebenslagen auch die geschlossene Unterbringung von Jugendlichen mit außergewöhnlich herausforderndem Verhalten in stationären Einrichtungen zählt. Strukturbildende Leitoptionen der Kinder- und Jugendhilfe sind vor allem (a) die *Prävention* von prekären Entwicklungsverläufen bei Kindern und Jugendlichen, (b) die *Integration* der Betroffenen in die Gesellschaft bei Wahrung ihrer Eigenheiten sowie insbesondere (c) die *Partizipation* der adressierten Kinder, Jugendlichen und deren Eltern bzw. Familien bei der Planung und Durchführung professioneller Hilfen. Im Mittelpunkt der Kinder- und Jugendhilfe steht das umfassende Wohl der Kinder und Jugendlichen, das durch gezielte pädagogische Interventionen zu fördern und zu sichern ist, indem etwa die Entwicklungspotenziale der Betroffenen zur Entfaltung gebracht werden. Entscheidungen über medizinische Maßnahmen bei Minderjährigen gehören grundsätzlich zur Verantwortung der Eltern. Alle Kinder haben jedoch das Recht, an Entscheidungen, von denen sie betroffen sind, dergestalt teilzuhaben, dass ihre Meinung gehört und berücksichtigt wird.

44. Die staatlich organisierte Kinder- und Jugendhilfe hat in den letzten Jahrzehnten einen fundamentalen Wandel erfahren. Bis in die 1980er-Jahre herrschte eine Defizitorientierung vor, der zufolge „schwierige“ Kinder und Jugendliche überwiegend als verwahrlost, arbeitsscheu oder delinquent wahrgenommen wurden. Im Zuge der *pädagogischen Wende* wurde der Zwangscharakter der „totalen Institution“ Heim kritisch hinterfragt und es entstanden reformpädagogische Alternativen wie Kinderhäuser, Jugendwohngemeinschaften oder individuelle alltagsweltsituierte Betreuungsformen. In der Kinder- und Jugendhilfe konnten sich zunehmend Konzepte kindgerechter Erziehungshilfen durchsetzen, die auf die vorfindlichen Kompetenzen und Entwicklungs-

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

potenziale aufbauten und vor allem die Selbst- und Mitbestimmungsrechte der Betroffenen altersgerecht einbezogen. Im Mittelpunkt stand die Rückbesinnung auf den Kern aller pädagogischen Interventionen: eine von Achtsamkeit und Zutrauen geprägte und darin tragfähige Beziehung zwischen Pädagogen und zu erziehendem Kind bzw. Jugendlichen. Jede Intervention ist eingebettet in eine interaktive Beziehung zwischen der pädagogischen Fachkraft und ihren Sorgeadressaten.

45. Ebenso wie Strafen markieren Zwangsmomente in einer pädagogischen Intervention oftmals den ernüchternden Endpunkt einer Eskalation – so unvermeidbar sie in einer zugespitzten Situation erscheinen mögen. Neben einer Vorgeschichte haben solche Interventionen eine Nachgeschichte, die ihre intendierte Wirkung zu konterkarieren droht: Zwang kann die auf Achtsamkeit und Zutrauen angewiesene pädagogische Beziehung schädigen oder zerstören. Denn die Kinder und Jugendlichen erfahren sich oftmals als bloße Objekte einer abwertenden und demütigenden Maßnahme. Reagieren sie mit heftiger Gegenwehr, überfordert dies nicht selten die Fachkräfte, insbesondere dann, wenn für einen individuellen Umgang mit den Problemen zu wenig Personal vorhanden ist. Dies begünstigt die Gefahr einer weiteren Eskalation. Zwangsmomente bewirken deshalb oftmals das Gegenteil dessen, was sie bewirken sollen; es gelingt nicht, herausforderndes Verhalten einzuhegen und die Lage zu beruhigen.

46. Auch professionelle pädagogische Beziehungen sind immer wieder mit einem *pädagogischen Paradox* konfrontiert: Die Förderung von Eigenverantwortlichkeit und Selbstbestimmung macht in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen gelegentlich pädagogische Maßnahmen erforderlich, die sich über das aktuelle Maß an Selbstbestimmung hinwegsetzen und damit dem Erziehungsziel zu widersprechen scheinen. Zu ihnen zählen auch alle Formen von Zwang. Auf sie deshalb grundsätzlich zu verzichten, gefährdet aber ebenfalls das Ziel pädagogischer Interventionen, nämlich die Entwicklung des Kindes bzw. des Jugendlichen zur eigenverantwortlichen Persönlichkeit zu fördern. Dieses Ziel setzt eine Sensibilität für deren spezifische Lebenswelt voraus. Zugleich verlangt es die Veränderung der Alltagsroutinen. Entwicklungsprozesse müssen von außen – gelegentlich auch gegen Widerstand – angeregt werden.

47. Unter anderem bei der unfreiwilligen Unterbringung in einer Jugendhilfeeinrichtung kommt es gelegentlich zur *Kollision unterschiedlicher professioneller Perspektiven*, weil hier neben den pädagogischen Fachkräften auch Kinder- und Jugendpsychiatern eine wichtige Rolle zufällt. Sie begutachten die Betroffenen und tragen für eine etwa notwendige begleitende Behandlung Sorge. Allerdings unterscheiden sich die Einschätzungen zur Notwendigkeit einer solchen Unterbringung zwischen den pädagogischen und psychiatrischen Fachgesellschaften. Aus Sicht von Kinder- und Jugendpsychiatern erweisen sich selbst längerfristige freiheitsentziehende Maßnahmen zumindest bei jenen Kindern und Jugendlichen als notwendig und sinnvoll, die bestimmte Risikofaktoren aufweisen wie etwa ein zerrüttetes soziales Umfeld, eine Vorgeschichte des Scheiterns in verschiedenen Jugendhilfeeinrichtungen oder des andauernden Substanzkonsums. Pädagogische Fachgesellschaften verweisen stattdessen auf ihrer Auffassung nach erfolgreiche, neue, partnerschaftliche und anerkennende Methoden zum Umgang mit „schwierigen“ Kindern und Jugendlichen.

48. Die verschiedenen Erkenntnis- und Handlungslogiken von psychiatrischen und pädagogischen Ansätzen in der Kinder- und Jugendhilfe ergeben sich zum Teil aus den unterschiedlichen Situationen, in denen sie zum Einsatz kommen. Kinder- und Jugendpsychiater werden vorrangig in akuten Krisensituationen aktiv, die schnelle Abhilfe verlangen. Sie konzentrieren sich naheliegenderweise auf psychopathologische Störungen und nutzen dabei überwiegend wissenschaftlich erprobte therapeutische Verfahren. Aufgabe der sozialpädagogischen Kinder- und Jugendhilfe ist die langfristig ausgerichtete Begleitung und Betreuung von Kindern und Jugendlichen in schwierigen Lebenssituationen sowie die nachhaltige Entwicklung und Förderung deren eigener Ressourcen für eine gelingende Lebensbewältigung und Lebensführung. Beide Perspektiven haben daher ihre fachliche Berechtigung. Die zutage tretende Spannung darf nicht zugunsten eines der beiden Pole aufgelöst werden. Probleme entstehen vornehmlich dann, wenn keine von gegenseitigem Verständnis getragene Zusammenarbeit zustande kommt und das Erreichen der grundsätzlichen Ziele durch Intervention seitens der jeweils anderen „Fachlichkeit“ erschwert oder sogar verunmöglicht wird.

49. Die Formen von Zwang im Kontext der Kinder- und Jugendhilfe weisen eine Besonderheit auf, die der *spezifischen Dreiecksbeziehung* zwischen Kind/Jugendlichem, seinen Sorgeberechtigten (in der Regel die Eltern) und dem Staat in Ausübung seiner Pflicht zum Schutze des Kindes geschuldet ist. Aufgrund des Primats elterlicher Sorge bedarf es bei allen Interventionen gegenüber dem Kind bzw. dem Jugendlichen der Einwilligung vonseiten der (elterlichen) Sorgeberechtigten. Dies kann zu schwierigen Konstellationen führen: Um einer wohltätigen professionellen Intervention ihren Zwangscharakter zu nehmen, ist sowohl die (altersangemessene) Zustimmung des Kindes bzw. des Jugendlichen als auch die Einwilligung der Eltern erforderlich. Fehlen beide, so handelt es sich gewissermaßen um eine Doppelform des wohltätigen Zwangs: gegenüber dem Kind bzw.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

dem Jugendlichen, um dessen Wohl es unmittelbar geht, wie gegenüber den Eltern, deren elterliche Sorge ebenfalls dem Kindeswohl verpflichtet ist. Aber selbst wenn die (elterlichen) Sorgeberechtigten in die Intervention aus freier Überzeugung einwilligen, nimmt ihre Einwilligung dieser Intervention nicht ihren Zwangscharakter – weil sie den Willen des Kindes bzw. des Jugendlichen überwinden muss.

50. Eine besondere Form von Zwang innerhalb der Kinder- und Jugendhilfe repräsentieren *intensiv-pädagogische Erziehungskonzepte mit Zwangselementen*. Sie sind oftmals Bestandteile eines fest etablierten und vor allem einfach zu durchschauenden Privilegiensystems, das in der stationären Jugendhilfe zur Verhaltensveränderung eingesetzt wird. Privilegiensysteme werden in Punkte- und Phasenmodelle unterschieden. Beim Einsatz von Punktemodellen „verdient“ sich das Kind bzw. der Jugendliche für bestimmtes Verhalten Punkte, die gesammelt werden und anschließend für gewünschte Dinge oder Aktivitäten eingetauscht werden können. In Phasenmodellen wird regelkonformes Verhalten durch Aufstieg in eine Phase mit mehr Privilegien belohnt, regelwidriges Verhalten dagegen mit dem Abstieg in eine Phase mit weniger Privilegien bestraft. Zu den intensiv-pädagogischen Zwangselementen zählen außerdem Auszeiträume. Solche „Time-out-Räume“, „Krisenzimmer“, „Beruhigungsräume“, „Isolierräume“ oder auch „Besinnungsstübchen“ werden eingesetzt, um Kinder und Jugendliche für bestimmte Zeiten zu isolieren, sie durch diese Isolation zu beruhigen und damit ihr herausforderndes Verhalten einzudämmen. Intensiv-pädagogische Konzepte sind nicht zu rechtfertigen, weil sie aufseiten des Kindes bzw. des Jugendlichen zu Ohnmachtserfahrungen und zu äußerer Anpassung aus Resignation führen, sodass die eigentlich verfolgten wohltätigen Absichten konterkariert werden.

51. Zentrales Anliegen der rechtlichen Regelungen von Sorgehandlungen des wohltätigen Zwangs im Kontext der Kinder- und Jugendhilfe ist das *Kindeswohl*. Dieses konkretisiert sich außer in der Abwehr aller Gefahren für Leib und Leben besonders in der Förderung seiner Entwicklung sowie in der Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit. Sicherung und Stärkung des Kindeswohles ruhen im Wesentlichen auf diesen Grundvorgaben: den inhaltlichen Vorgaben der Achtung der Subjektivität und Individualität des Kindes und seines Rechts auf gewaltfreie Erziehung sowie den strukturellen Vorgaben durch menschenrechtliche, verfassungsrechtliche und einfachgesetzliche Regelungen, die den Primat der elterlichen Sorge und das staatliche Wächteramt festschreiben.

52. Bei allen Maßnahmen der öffentlichen Kinder- und Jugendhilfe sind Kinder und Jugendliche entsprechend ihrem Entwicklungsstand zu beteiligen. Dabei haben Kinder und Jugendliche ein eigenständiges Recht auf Beratung, auf Inobhutnahme und – soweit sie selbst leistungsberechtigt sind – ein Wunsch- und Wahlrecht. Bei Hilfen zur Erziehung und bei Eingliederungshilfen sind Kinder und Jugendliche zu beraten und in die Entwicklung eines Hilfeplanes einzubeziehen.

53. Eines der wesentlichen Elemente des Kindeswohls ist das gesetzlich verankerte *Recht des Kindes auf gewaltfreie Erziehung*. Erziehung, die zur Achtung anderer anzuhalten hat, darf sich nicht selbst entwürdigender Mittel bedienen. Dies setzt Zwangsmaßnahmen zur Durchsetzung elterlicher Ge- oder Verbote Grenzen, die etwa keine seelischen Verletzungen bewirken oder entwürdigende Maßnahmen beinhalten dürfen. Erst recht gelten das Gebot der gewaltfreien Erziehung und die Grundsätze der Achtung des Kindes für staatliche Institutionen, insbesondere die (öffentliche oder über den Staat eingeschaltete freie) Jugendhilfe. Staatliche Institutionen können aber ohnehin nur tätig werden, wenn und soweit sie durch das Kind selbst, durch die Sorgeberechtigten oder aufgrund einer gerichtlichen Entscheidung zum Tätigwerden aufgefordert werden.

54. Gemäß dem Grundgesetz haben die *Eltern das Recht und die Pflicht, für das Kind zu sorgen*. Sie tragen die Verantwortung für das Wohl des Kindes. Sorgehandlungen des wohltätigen Zwangs im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe können daher grundsätzlich nur auf Wunsch der Eltern und auch nur im Rahmen der elterlichen Befugnisse angewandt werden. Gegen den Wunsch der Eltern sind Sorgehandlungen des wohltätigen Zwangs nur möglich, wenn und soweit ein Eingriff in den elterlichen Erziehungsprimat durch das *staatliche Wächteramt* legitimiert ist. Insofern ist die elterliche Sorge grundsätzlich ein Schutzschild für das Kind, auch wenn diese Maßnahmen wohltätig sein oder gemeint sein sollten. Den Staat trifft aufgrund seines Wächteramtes bei einer Gefährdung des Kindeswohls oder auch bei einem entsprechenden Wunsch der Eltern oder des Kindes in erster Linie die Pflicht zur Förderung der (elterlichen) Sorgekompetenz etwa über Hilfen zur Erziehung. Das Recht zum Eingriff in die elterliche Sorge hat er nur, wenn Fördermaßnahmen keinen Erfolg versprechen und andernfalls das Kindeswohl gefährdet wird.

55. Zwangsmaßnahmen werden von den betroffenen Kindern und Jugendlichen oftmals als demütigend erlebt. Gleichzeitig ist über die langfristigen Folgen von Zwang in der Kinder- und Jugendhilfe viel zu wenig bekannt. Die empirische Evidenz wäre jedoch eine notwendige, wenn auch keine hinreichende Voraussetzung für eine ethische Rechtfertigung von Freiheitseinschränkung und -entzug sowie auf Zwang basierenden restriktiven bzw. konfrontativen Erziehungskonzepten in der Kinder- und Jugendhilfe.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

56. Die spezifische Problematik der Legitimierung von Zwang in der Kinder- und Jugendhilfe liegt darin, einerseits die Entwicklung des Kindes bzw. des Jugendlichen zu einer freiverantwortlichen Person als legitime bzw. gebotene Zielsetzung anzuerkennen, andererseits aber gleichzeitig das Kind bzw. den Jugendlichen in seiner aktuellen Situation nicht für dieses Ziel zu instrumentalisieren und damit seine Würde zu missachten. Dies gilt für alle Formen von wohltätigem Zwang in professionellen Erziehungskonstellationen, körperlichen Zwang, Freiheitsbeschränkung oder -entziehung, intensiv-pädagogische Konzepte mit Zwangselementen sowie zwangstherapeutische Maßnahmen.

57. Nur wenn keine oder (noch) keine Freiverantwortlichkeit des Kindes bzw. des Jugendlichen vorliegt, kann wohltätiger Zwang gegebenenfalls gerechtfertigt sein. Die Fähigkeit zur freiverantwortlichen Entscheidung muss dabei jeweils individuell und kontextbezogen geprüft werden und kann auch schon vor Erreichen der Volljährigkeit gegeben sein. Eine generalisierende Orientierung an Altersstufen, wie sie das Recht im Verhältnis zu Dritten aus guten Gründen vorsieht, ist für die ethische Beurteilung nicht angemessen, weil sie der Individualität des Kindes bzw. des Jugendlichen nicht gerecht wird. Die Grenzziehung, ob Freiverantwortlichkeit vorliegt oder nicht, ist gerade bei Jugendlichen mitunter schwierig, muss aber gerade deshalb gewissenhaft vorgenommen, begründet und transparent gemacht werden.

Wohltätiger Zwang in der Pflege und Behindertenhilfe

58. Auch in der professionellen Versorgung von Menschen mit hohem Hilfe-, Unterstützungs- und Pflegebedarf kommen Zwangsmaßnahmen zur Anwendung. Dabei handelt es sich zum einen um Menschen mit komplexen Beeinträchtigungen, zum anderen um pflegebedürftige ältere Menschen. In Bezug auf diese Personengruppen geht es nicht nur um freiheitsbeschränkende Maßnahmen, sondern auch um aktivierende pädagogisch-rehabilitative Maßnahmen gegen den Willen des Betroffenen. Gemeinsam ist diesen Gruppen auch, dass sie sich häufig in stationärer Pflege befinden und dort strukturellen Zwängen ausgesetzt sind, die allerdings nicht Gegenstand dieser Stellungnahme sind.

59. Im höheren Lebensalter gewinnt wohltätiger Zwang vor allem im Kontext von Pflegebedürftigkeit an Bedeutung. Zwangsmaßnahmen bei abweichendem oder störendem Verhalten, unter anderem von pflegebedürftigen Personen mit einer Demenz, werden nicht selten mit der Fürsorge für diese Personen und deren Wohl gerechtfertigt. In Situationen, in denen es um die Entscheidung für oder gegen die Selbstbestimmung des pflegebedürftigen Menschen geht, spielt häufig die Sorge eine Rolle, sich an dem anvertrauten Menschen wegen mangelnder Fürsorge schuldig zu machen oder dafür verantwortlich gemacht zu werden, wenn ein pflegebedürftiger Mensch zum Beispiel durch einen Sturz Schaden nimmt, der durch ein Bettgitter hätte verhindert werden können. Dadurch kann es zur Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen oder zwangsweise durchgesetzten Pflegehandlungen kommen.

60. Auch in der Pflege und der Behindertenhilfe hat sich ein Wandel des professionellen Selbstverständnisses *von einer Defizit- zu einer Kompetenzperspektive* vollzogen. Dies kann zu Konflikten führen, wenn Mitarbeiter sowie Angehörige eher eine kompetenz-, die Betroffenen hingegen eher eine defizitorientierte Sicht auf das hohe Alter einnehmen. Mitarbeiter versuchen möglicherweise, gegen den Willen alter Menschen bestimmte Übungen, Trainings und Rehabilitationseinheiten durchzusetzen, die aus fachlicher Perspektive einen Beitrag zur Förderung und Erhaltung von Kompetenz, Selbstbestimmung, Teilhabe und Lebensqualität leisten können. Dagegen lehnen nicht wenige alte Menschen derartige Maßnahmen aus der Überzeugung ab, dass im hohen Alter keine positiven Veränderungen mehr erzielt werden können.

61. Mit Blick auf die Aktivierung von alten Menschen in der Behindertenhilfe ist darauf hinzuweisen, dass diese nicht selten auf eine Biografie zurückblicken, in der sie zwar umfassend betreut, hingegen nicht zu Eigeninitiative und Selbstbestimmung motiviert wurden, wenn nicht gar als „nicht bildbar“ galten. Dies hat damit zu tun, dass es nicht wenige Einrichtungen der Behindertenhilfe gibt, die sich noch bis in die 1990er-Jahre von dem Konzept der „Versorgung und Betreuung“ und weniger von jenem der Ressourcenförderung leiten ließen. Dies heißt aber auch, dass bestimmte Formen von Abhängigkeit institutionellen Praktiken geschuldet waren bzw. sind. Vor allem alte Menschen mit Beeinträchtigung erfahren nicht immer jenes Maß an Aktivierung, das – mit Blick auf potenziell gegebene Plastizität – funktional wäre.

62. In Bezug auf das Wohnen im hohen Alter kann das Thema des Umzugs in eine stationäre Einrichtung deutlich an Bedeutung gewinnen. Dies ist vor allem der Fall, wenn Möglichkeiten familiärer Pflege nicht (mehr) in ausreichendem Maße zur Verfügung stehen. Dieser Umzug wird von alten Menschen oft als ein erzwungener, gegen ihren Willen erfolgender erlebt. Diese Problemlage lässt sich nicht allein durch eine Erweiterung ambulanter und teilstationärer Versorgungsangebote vermeiden. Es ist auch notwendig, dass sich Familien frühzeitig

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

mit der Frage beschäftigen, wie sie die Pflege eines pflegebedürftigen Familienmitglieds bewältigen wollen und welche pflegerischen Arrangements sie bevorzugen.

63. Professionelle Sorgehandlungen, die zwangsweise zum Wohl des Betroffenen erfolgen, unterliegen im Kontext der Altenpflege und Behindertenhilfe im Prinzip denselben rechtlichen Vorgaben wie bei der Behandlung psychisch kranker Menschen. Die Grund- und Menschenrechte pflegebedürftiger Menschen begründen ihr Recht auf eine angemessene medizinische und pflegerische Versorgung mit dem Ziel, ihr Leid zu mindern und ihre Gesundheit wiederherzustellen. Dazu können auch Zwangsmaßnahmen geboten sein, wenn die betroffene Person selbst nicht mehr in der Lage ist, die Notwendigkeit einer Behandlung zu erkennen oder nach dieser Einsicht zu handeln, und keine anderen Alternativen zur Verfügung stehen. Der Staat ist jedoch aufgefordert, über gesetzliche Schutzmaßnahmen jeden Missbrauch derartiger Zwangsmaßnahmen zu verhindern und diese auf das absolut unvermeidbare Maß einzuschränken.

64. Die pflegerische Arbeit zum Wohle der Betroffenen zu gestalten, findet ihre Limitationen nicht nur im Widerstand pflegebedürftiger Personen gegen bestimmte wohltätige Handlungen, sondern auch bei den professionell Pflegenden selbst. Ihre Arbeitsbedingungen – insbesondere in der Altenpflege – sind gekennzeichnet durch hohe Arbeitsbelastung, Personalmangel und Unzufriedenheit mit der Anerkennung der Leistungen, der Bezahlung und den Karrieremöglichkeiten. Die Beschäftigten bezeichnen sich als überfordert und emotional erschöpft.

65. Professionelle Pflegekräfte sollten in jedem Einzelfall sorgfältig ermitteln, ob die Artikulation von Selbstbestimmung eines Pflegebedürftigen zweifelsfrei unterhalb der Schwelle freiverantwortlicher Willensbildung situiert ist, ob infolge spezifischer gesundheitlicher oder kognitiver Belastungen begründete Zweifel an ihrer freien Verantwortlichkeit bestehen oder ob das Niveau freiverantwortlicher Willensbildung zumindest im vorliegenden Handlungsfeld unstrittig gegeben ist.

66. Um angesichts der *komplexen Verantwortungsstrukturen* innerhalb von Einrichtungen der Pflege und Behindertenhilfe zu verhindern, dass die Verantwortung für bestehende Mängel entweder vorschnell personalisiert oder aber pauschal dem jeweiligen Träger einer Einrichtung bzw. dem Pflegesystem insgesamt zugeschrieben wird, ist es erforderlich, die jeweiligen Zwangsphänomene differenziert auf ihre oftmals vielschichtigen tatsächlichen Ursachen hin zu analysieren.

67. Insbesondere in der professionellen Sorge für pflegebedürftige alte und behinderte Menschen ist die charakteristische *Volatilität* ihrer jeweiligen Willensbildung bzw. -artikulation zu beachten, die zu verschiedenen Zeiten unterschiedliche Grade der Freiheitlichkeit und Bestimmtheit aufweisen kann, sodass gerade in diesem Bereich mit vielfältigen Ambivalenzen, Uneindeutigkeiten und Übergängen zu rechnen ist.

68. Zwang beginnt stets in der Vorstellung derjenigen Person, die sich berechtigt glaubt, bestimmte Zwangsmaßnahmen ergreifen zu dürfen oder sogar zu müssen. Vor allem unter dem Eindruck einer einseitigen, primär defizitorientierten Sichtweise von Alter und Behinderung neigen professionelle Akteure dazu, die vorhandenen Ressourcen zur eigenständigen Willensbildung bzw. -artikulation entweder zu übersehen bzw. zu unterschätzen oder durch ein – nicht selten altruistisch motiviertes – Zuwendungsverhalten bestehende Abhängigkeiten ungewollt zu verstärken. Eng damit verbunden ist oft eine Missachtung der hohen Variabilität von Alters- und Behinderungsphänomenen. Die Achtung vor der einmaligen Lebensgeschichte pflegebedürftiger Personen gebietet es, diese Individualität nicht nur wahrzunehmen, sondern ihr mit Respekt zu begegnen. Dies schließt ein, auch die Willensartikulation des Betroffenen als Bestandteil seines Wohlbefindens selbst dann ernst zu nehmen, wenn die Willensbildung entweder Beeinträchtigungen unterliegt oder in eine Richtung weist, die den Vorstellungen gelingenden Lebens seitens der Pflegekräfte widerstreitet.

69. So wünschenswert es ist, die Handlungs- und Selbstbestimmungspotenziale pflegebedürftiger Menschen zu erhalten und zu fördern, so sehr wird man sich davor hüten müssen, sich wandelnde Bedürfnisse zu übersehen und sich im Falle des Ausbleibens bestimmter von pflegerischer Seite erhoffter Erfolge von der pflegebedürftigen Person zu distanzieren. Der dem alten oder behinderten Menschen gebührende Respekt darf nicht von Leistungserwartungen der Pflege abhängig gemacht werden, sondern ist jedem Menschen verlässlich bis zu seinem Tode zu gewähren. Manche Pflegebedürftige sind infolge von Krankheit, sozialer Vereinsamung oder Vernachlässigung anfänglich nur schwer für die Teilnahme an aktivierenden Pflegemaßnahmen zu motivieren, die aus Sicht der Pflegekräfte für die Wiederherstellung, den Erhalt oder die Entfaltung individueller Ressourcen geboten erscheinen. In solchen Fällen sollten zunächst alle mit positiven Anreizen und Verstärkungen arbeitenden Motivierungstechniken zur Anwendung kommen. Nachhaltigere Versuche, den Pflegebedürftigen trotz wiederholter Weigerung zu aktivieren, können im Sinne dieser Stellungnahme schon als Zwang verstanden werden. Sie sollten nur unter der Bedingung zur Anwendung kommen, dass sie dem Betroffenen zuvor in einer verständlichen Form erklärt und einem kritischen Monitoring unterworfen werden. Wichtig ist, dass die

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

pflegebedürftige Person im Vollzug dieser Maßnahmen selbst erkennbar und zeitnah eine tragfähige eigene Motivation zur Fortsetzung der Aktivitäten entwickelt, weil sie die wohltuende Wirkung der Aktivitäten für ihr subjektives Wohlbefinden spürt. Umgekehrt bedeutet dies, dass erzwungene Aktivitäten, die über einen längeren Zeitraum auf die Ablehnung des Betroffenen stoßen, auch dann nicht gerechtfertigt sind, wenn sie sich aus fachlicher Sicht mit großer Wahrscheinlichkeit vorteilhaft auf den gesundheitlichen Zustand des Betroffenen auswirken würden.

70. Mit Blick auf sogenannte *mechanische freiheitsbeschränkende Maßnahmen* bedarf es einer differenzierten Analyse, die neben der grundsätzlichen Verfügbarkeit alternativer Handlungsformen und der Verhältnismäßigkeit der jeweils eingesetzten Mittel auch die Eingriffstiefe, die Häufigkeit und Dauer der einzelnen Maßnahmen sowie deren konkrete Folgen sowohl für das Selbsterleben der Betroffenen als auch für ihr Vertrauen in das pflegerische Umfeld berücksichtigt. Generell gilt, dass der Begründungsbedarf mit wachsender Eingriffstiefe, Dauer und Häufigkeit der jeweiligen Zwangsmaßnahmen steigt. Vor allem körpernahe Fixierungen durch Gurte im Bett oder am Stuhl sind wegen der möglichen Verletzungs- und Strangulationsmöglichkeiten nicht nur mit einer erheblichen physischen Gefährdung des Pflegebedürftigen verbunden, sondern können aufgrund ihrer traumatisierenden Wirkung sogar einen Verstoß gegen dessen Würde darstellen, sodass sich deren regelmäßige Anwendung von selbst verbietet. Aber auch niederschwelligere Einschränkungen freier Körperbewegung – etwa durch Bettgitter, Stecktische, das Entfernen von Geh- und Fortbewegungshilfen bis hin zum Einbau von Trickschlössern oder dem Abschließen von Zimmertüren – sind dahingehend zu hinterfragen, ob sie tatsächlich dem Wohl des Betroffenen selbst (und nicht nur der Pflegeerleichterung oder dem Schutz Dritter) dienen und wirklich alternativlos sind. Mit Blick auf das inhärente Sicherheitsrisiko vor allem körpernaher Fixierungen ist davon auszugehen, dass es für einen Großteil der insgesamt zwar rückläufigen, aber immer noch viel zu häufig angewendeten mechanischen Fixierungen keine plausible ethische Begründung gibt.

71. Was den Einsatz von Psychopharmaka zur *medikamentösen bzw. chemischen Fixierung* in der stationären Alten- und Behindertenhilfe betrifft, ist zwar nicht ausgeschlossen, dass es akute Situationen deutlich oder extrem gesteigerter Agitiertheit, Suizidalität oder Depressivität geben kann, in denen der Einsatz entsprechender Medikamente medizinisch eindeutig indiziert ist und auch für den in dieser Situation nicht einwilligungsfähigen Betroffenen eine deutliche Leidensminderung zu bewirken vermag. Wegen der besonderen Eingriffstiefe und der Gefahr persönlichkeitsverändernder Effekte sind dabei jedoch sowohl an die konkrete Diagnose, Indikationsstellung und Dosierung als auch an die regelmäßige Überprüfung der Notwendigkeit einer Fortsetzung der Medikation besonders strenge Sorgfaltskriterien anzulegen. Die in Pflegeeinrichtungen vielfach missbräuchlich, nämlich ohne persönliche Inaugenscheinnahme der Patienten und ohne engmaschige Überprüfung des individuellen Gesundheitszustandes der Betroffenen, verschriebenen Psychopharmaka belasten in Form zahlreicher die Wachheit negativ beeinflussender Nebenwirkungen die Gesundheit der zumeist vielfältig vorgeschädigten pflegebedürftigen Personen.

72. Pflegekräfte erleben im Umgang mit Zwangsmaßnahmen nicht nur gelegentlich große *Handlungsunsicherheit*, sondern geraten auch in *Gewissenskonflikte*, weil sie sich zwar einerseits dem Respekt vor der Willensbekundung und der Sorge um das Wohl der ihnen anvertrauten Menschen verpflichtet fühlen, andererseits dieser Wille des Betroffenen für sie aber entweder gar nicht eindeutig zu ermitteln ist oder – je nach Tagesform – starken Schwankungen unterliegt oder aber in deutlichem Widerspruch zu denjenigen Standards steht, die aus fachlicher Perspektive eine gute Pflege ausmachen. Da Pflegekräfte oftmals unter Zeitdruck und unter Bedingungen vielfachen Nichtwissens (z. B. über den persönlichen Willen, die tatsächlichen Folgen eines Handelns oder die Wahrscheinlichkeit des Eintritts eines Schadens) weitreichende Entscheidungen zu treffen haben und auch bewährte Moralprinzipien auf der Grundlage der Urteilskraft des Einzelnen stets aufs Neue mit situativen Handlungsumständen vermittelt werden müssen, kommt der Stärkung ihrer individuellen Urteilskraft (z. B. durch die Implementierung ethischer Unterstützungsangebote) eine besondere Bedeutung zu.

73. Das unstrittige Ziel einer möglichst weitgehenden Reduktion von Zwangsmaßnahmen darf nicht allein als Aufgabe einzelner Pflegekräfte verstanden werden. Eine nachhaltige Verringerung von offenen und verdeckten Zwangsmaßnahmen setzt vielmehr auch *verstärkte Anstrengungen auf professioneller, kultureller und gesetzgeberischer Ebene* voraus. So wichtig es freilich ist, einen geeigneten (sozial-)rechtlichen Rahmen für die Bereitstellung der nötigen personellen und finanziellen Ressourcen für den Pflegebereich zu schaffen, so sehr sollte man sich vor der Annahme hüten, dass sich ungerechtfertigte Zwangsmaßnahmen allein durch finanzielle oder rechtliche Instrumente aus der Welt schaffen ließen. Selbst strafrechtliche Sanktionen stehen zumindest immer dann in der Gefahr, lediglich eine bloße Verschiebung der jeweiligen Zwangstechnik nach sich zu ziehen, ohne den Umfang des Zwangs selbst nachhaltig reduzieren zu können, wenn sie nicht mit einem echten Einstellungswandel bei den professionell Sorgenden und entsprechenden Innovationen in den prozeduralen Abläufen und kommunikativen Prozessen innerhalb der Pflegeeinrichtungen einhergehen.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

7 Grundsätze und Empfehlungen

A Bereichsübergreifende Grundsätze und Empfehlungen

A1. In professionellen Sorgebeziehungen sollte Zwang zur Abwehr von Selbstschädigung wo immer möglich vermieden werden. Wenn dennoch eine Zwangsmaßnahme in Betracht gezogen werden muss, sind die jeweiligen Handlungskontexte so zu gestalten, dass Achtung und Respekt vor der individuellen Person und ihrer Selbstbestimmung gewährleistet bleiben. Unmittelbarer Ausdruck dieser Achtung und dieses Respektes ist die Gewährleistung größtmöglicher Partizipation in allen Phasen und Situationen professioneller Sorgehandlungen des wohltätigen Zwangs. Die nachstehenden Grundsätze und Empfehlungen für die Anwendung wohltätigen Zwangs in professionellen Sorgebeziehungen setzen das Prinzip der Ultima Ratio voraus. Das bedeutet zweierlei: Erstens sollen die folgenden Empfehlungen dazu beitragen, Rahmenbedingungen, Strukturen und Prozesse so zu gestalten, dass Zwang möglichst vermieden wird. Zweitens sollen sie in Situationen der Not eines Betroffenen, in denen die Anwendung von Zwang als letztes Mittel infrage kommt, begründete Orientierung bieten.

A2. Zwangsmaßnahmen kommen nur in Betracht, wenn die betroffene Person in ihrer Fähigkeit zur Selbstbestimmung so stark eingeschränkt ist, dass sie keine freiverantwortliche Entscheidung zu treffen vermag. Weder die Diagnose einer psychischen Störung oder kognitiven Beeinträchtigung noch die fehlende Volljährigkeit oder die Ablehnung einer aus fachlicher Sicht gebotenen Maßnahme schließen für sich genommen die Freiverantwortlichkeit aus. Vielmehr bedarf es im konkreten Einzelfall der Feststellung, dass die Einsichts-, Urteils- oder Handlungsfähigkeit für die jeweilige Maßnahme nicht gegeben ist. In Fällen einer nicht auflösbaren Unsicherheit dieser Feststellung muss die erforderliche Abwägung der Indizien Pro und Contra ein klares Übergewicht für die Wahrscheinlichkeit des Fehlens der Freiverantwortlichkeit ergeben. Die Kriterien für die zur Feststellung von Freiverantwortlichkeit erforderliche Einsichts-, Urteils- und Handlungsfähigkeit müssen transdisziplinär entwickelt und konkretisiert werden.

A3. Eine Zwangsmaßnahme ist nur zulässig, wenn sie auf die Entwicklung, Förderung oder Wiederherstellung der selbstbestimmten Lebensführung der betroffenen Person im Rahmen der gegebenen Möglichkeiten und der hierfür elementaren leiblichen und psychischen Voraussetzungen abzielt. Dies gilt auch, wenn die Fähigkeit zu freiverantwortlichem Handeln nicht mehr erreichbar ist.

A4. Wird eine Maßnahme zwangsweise durchgeführt, muss nicht nur diese selbst, sondern auch ihre zwangsweise Durchführung fachlich (medizinisch, pädagogisch, pflegerisch usw.) indiziert sein. Eine Zwangsmaßnahme ist nur indiziert bei ernsthafter Gefahr einer schwerwiegenden Selbstschädigung.

A5. Eine Zwangsmaßnahme darf nur durchgeführt werden, wenn sie geeignet, erforderlich und angemessen ist. Dabei sind folgende Aspekte zu berücksichtigen:

- Bevor eine Maßnahme zwangsweise durchgeführt wird, muss versucht worden sein, die freiwillige Zustimmung oder Mitwirkung des Betroffenen zu erreichen. Das schließt die ausreichende Information und eine geeignete und rücksichtsvolle Form der Motivierung des Betroffenen ein, bei der Durchführung der Maßnahme freiwillig mitzuwirken oder sie immerhin zu akzeptieren. Ihm ist anzubieten, die Umstände und die Durchführung der Maßnahme so zu gestalten, dass sie in seinen Augen akzeptabel erscheint.
- Wenn eine Zwangsmaßnahme erwogen wird, sind zuvor alle zur Verfügung stehenden weniger eingreifenden Möglichkeiten auszuschöpfen, mit denen das gleiche Ziel erreicht werden kann. Es muss die Form des Eingriffs gewählt werden, von der die geringste Belastung und die geringste Gefahr einer sekundären Schädigung (z. B. Demütigung, Traumatisierung oder Vertrauensverlust) ausgeht. Dabei sind alle negativen direkten oder indirekten Folgen zu berücksichtigen. Sicherzustellen ist darüber hinaus, dass die Dauer der Zwangsmaßnahme so kurz wie möglich ist und das Risiko einer Schädigung einschließlich einer möglichen (Re-)Traumatisierung minimiert wird.
- Der für den Betroffenen zu erwartende Nutzen der Zwangsmaßnahme muss die für ihn damit verbundenen Nachteile deutlich überwiegen. Dabei soll sowohl auf das zukünftige als auch auf das aktuelle Wohlergehen des Betroffenen abgestellt werden. Das erfordert nicht selten schwierige Beurteilungen und Abwägungen, in die maßgeblich die Perspektive der betroffenen Person einschließlich ihrer Ängste, Bedürfnisse und Wünsche im persönlichen Lebenszusammenhang einbezogen werden muss.

A6. Es ist auf eine möglichst umfassende Teilhabe der Betroffenen hinzuwirken. Den Betroffenen sind Vorgehen und Zielsetzung der Maßnahme in einer ihrer Person und Situation angemessenen Weise zu erläutern, ihre Meinung ist angemessen zu berücksichtigen und es ist eine möglichst weitgehende Mitentscheidung bezüglich der konkreten Durchführung zu ermöglichen.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

A7. Jede Zwangsmaßnahme muss im Nachhinein mit der betroffenen Person besprochen werden. Dabei sind die Gründe für die Durchführung darzulegen und mit der Person zu besprechen. Ihr ist Gehör zu gewähren, nicht zuletzt auch, damit sie das Erlebte verarbeiten kann. Wenn es sich um Kinder oder Jugendliche handelt, muss die notwendige altersgerechte Hilfe und Unterstützung gegeben werden, die eine optimale Mitwirkung an der Entscheidung bzw. Durchführung der Maßnahme ermöglicht. Bei Personen mit psychischen Störungen oder kognitiven Beeinträchtigungen ist eine beeinträchtigungsspezifische Mitwirkungsassistenz anzubieten.

A8. Eine Maßnahme darf nur dann zwangsweise durchgeführt werden, wenn die betroffene Person, könnte sie aktuell freiverantwortlich entscheiden, das mit der Maßnahme verfolgte Ziel teilte oder sie im Nachhinein die Maßnahme als notwendig und richtig beurteilte. Zur Ermittlung ihres mutmaßlichen Willens sind ihre früheren Willensbekundungen und alle weiteren verfügbaren Informationen heranzuziehen, aus denen sich ihr Wille und ihre Präferenzen ergeben können.

A9. Grundsätzlich ist es Aufgabe eines rechtlichen Vertreters des Betroffenen (insbesondere der Eltern oder anderer Sorgeberechtigter, Vorsorgebevollmächtigter oder rechtlicher Betreuer), den Willen bzw. den mutmaßlichen Willen der betroffenen Person festzustellen und geltend zu machen. Nur in Notfällen darf dies durch eine professionell sorgende Person erfolgen, die die Zwangsmaßnahme anordnet oder durchführt. Der rechtliche Vertreter muss daher rechtzeitig in den Entscheidungsprozess einbezogen werden. Wo dies nicht möglich ist, muss er nachträglich informiert werden.

A10. Soweit fachlich möglich, ist ein konkreter Katalog von Kriterien zu entwickeln, die in bestimmten Situationen den Einsatz spezifischer Zwangsmaßnahmen rechtfertigen können. Es sind fachliche Standards für die Durchführung der Maßnahmen zu etablieren, um Entscheidungsprozesse zu objektivieren und den Einsatz von Zwangsmaßnahmen zu minimieren. Zuständige Fachgesellschaften sollten angemessene professionelle Anleitungen für die Entscheidung über und die Legitimierung von spezifischen Zwangsmaßnahmen entwickeln und ihre Mitglieder für deren Problematik sensibilisieren.

A11. Besonders intensive oder längerfristige Zwangsmaßnahmen wie zum Beispiel die freiheitsentziehende Unterbringung oder die Zwangsbehandlung (von Notfällen abgesehen, die keinen Zeitaufschub dulden, dann jedoch nachträglich kontrolliert werden müssen) dürfen nur durchgeführt werden, wenn die oben genannten Voraussetzungen zuvor von einer externen und neutralen Instanz überprüft worden sind, zum Beispiel in einem gerichtlichen Verfahren möglicherweise unter Einbeziehung eines Sachverständigengutachtens. Außerdem sind verfahrensmäßige Sicherungen vorzusehen (z. B. Verfahrensbegleiter, Verfahrensbeistand, Verfahrenspfleger oder Patientenanwalt).

A12. Es muss sichergestellt werden, dass die Dauer der Zwangsmaßnahme so kurz wie möglich ist. Ob die Voraussetzungen für den Einsatz von Zwangsmaßnahmen weiterhin vorliegen, muss regelmäßig in angemessenen zeitlichen Abständen überprüft werden.

A13. In die Planung und Durchführung von Maßnahmen zur Prävention von Zwang müssen die Betroffenen einbezogen werden. Alle übrigen Beteiligten im Verfahren (professionell Sorgende, Eltern oder andere Sorgeberechtigte, Vorsorgebevollmächtigte oder rechtliche Betreuer, Gerichte, Angehörige, Betreuungsvereine, Ombudspersonen etc.) müssen daran mitwirken. Gefördert werden sollte eine bessere Kommunikation unter den Beteiligten mit dem Ziel, das Vorgehen bei Zwangsmaßnahmen sowie Wege zu ihrer Vermeidung untereinander abzustimmen.

A14. Maßnahmen der Qualitätssicherung inklusive Fehlermeldesysteme und Beschwerdemanagement sollten auch Zwangsmaßnahmen erfassen.

A15. Wegen ihres exzeptionellen Charakters müssen Zwangsmaßnahmen sorgfältig dokumentiert und in regelmäßigen Abständen ausgewertet werden. Die Dokumentation muss nicht nur Informationen über Ziel, Begründung, Umfang und Verlauf der durchgeführten Zwangsmaßnahme, sondern möglichst auch eine nachträgliche Stellungnahme des Betroffenen enthalten. Dies ist notwendig, um Wirkung und Angemessenheit überprüfen und Graufelder aufklären zu können.

A16. Beteiligte Einrichtungen sowie Gerichte und Behörden sollten verpflichtet werden, Informationen über tatsächlich durchgeführte Zwangsmaßnahmen in anonymisierter Weise zu sammeln. Diese Informationen sollten im Rahmen des Qualitätsmanagements für wissenschaftliche und statistische Zwecke sowie für die Information der Öffentlichkeit verfügbar gemacht werden.

A17. An Zwangsmaßnahmen beteiligtes Personal sollte – wie in der Praxis schon teilweise vorgesehen – professionell geschult sein. Besonders bedeutsam sind hierbei Schulungen über die Prävention von Zwang und Gewalt (z. B. Deeskalationstraining) und Informationen über die Rechte der Betroffenen.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

A18. Eine respektvolle Haltung gegenüber psychisch kranken Menschen, Kindern und Jugendlichen sowie pflegebedürftigen Personen ist eine wesentliche Voraussetzung für die Vermeidung von Zwangsmaßnahmen. Diese Haltung umfasst neben dem Mitgefühl für die prekäre Lage des Sorgeadressaten auch die Offenheit gegenüber dessen körperlichen, psychischen, kulturellen und religiösen Bedürfnissen sowie gegenüber seinem Bedürfnis nach Mitbestimmung und Mitwirkung. Professionell Sorgenden muss sowohl in ihrer Ausbildung als auch in ihrer Berufspraxis die Gelegenheiten eröffnet werden, diese respektvolle Haltung zu entwickeln und zu praktizieren. Die Gewährleistung eines angemessenen Personal- bzw. Betreuungsschlüssels ist hierfür eine zwingende Voraussetzung.

A19. Kulturelle und sprachliche Barrieren zwischen Betroffenen und professionell Sorgenden können die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass Zwangsmaßnahmen eingesetzt werden. Zur Vermeidung solcher Effekte sollte die interkulturelle Kompetenz der professionell Sorgenden gefördert werden. Auch sollten Strukturen geschaffen werden, die kulturelle und sprachliche Barrieren minimieren (z. B. Einstellung von bilingualem bzw. bikulturellem Personal, niedrigschwelliger Zugang zu Dolmetscherdiensten, Kommunikationsförderung durch Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten für das Personal).

A20. Professionell Sorgende, die an Zwangsmaßnahmen beteiligt sind, sollten Unterstützung und Begleitung erhalten, um die im Umgang mit Zwang gemachten eigenen Erfahrungen kognitiv und emotional zu verarbeiten. Dazu sollten Angebote institutionell bereitgestellt werden. Diese Maßnahmen kommen nicht nur dem sorgenden Personal selbst zugute, sondern helfen auch, die Anwendung von Zwang zu minimieren.

A21. In Krankenhäusern mit psychiatrischen Abteilungen, in Jugendämtern sowie in Pflegeheimen sollen institutionalisierte kollegiale Beratungsgremien geschaffen werden, die sich mit dem Einsatz von Zwangsmaßnahmen prospektiv und retrospektiv befassen. Diese kollegiale Beratung soll genutzt werden, um einerseits reflektierte und verantwortungsvolle Entscheidungen über den Einsatz von Zwangsmaßnahmen zur Abwehr einer Selbstschädigung zu treffen (z. B. Ethikkonsil im Krankenhaus) und um andererseits retrospektiv den Einsatz von Zwangsmaßnahmen zu reflektieren und auszuwerten (z. B. Fallkonferenzen in Behörden).

A22. Die Heimaufsicht sollte prüfen, ob im konkreten Fall ein Einsatz von Zwangsmaßnahmen gerechtfertigt war, und ungerechtfertigten Zwang sanktionieren können. Vergütungssysteme, die durch Fehlanreize die Anwendung von Zwang begünstigen, sollten korrigiert werden.

A23. Die Forschung zu Ausmaß und Auswirkung sowie Entstehung, Vorbeugung und Verhinderung von Zwangsmaßnahmen sollte gefördert werden. Dabei sollten insbesondere auch informeller und struktureller Zwang berücksichtigt und Dunkelfelder aufgedeckt werden.

A24. Die Öffentlichkeit sollte für die ethisch und rechtlich problematischen Aspekte von Zwangsmaßnahmen im Umgang mit psychisch Kranken in Krisensituationen, Kindern und Jugendlichen in schwierigen familiären und sozialen Verhältnissen sowie pflegebedürftigen alten und behinderten Menschen sensibilisiert werden. Dabei fällt den Medien die wichtige Aufgabe einer differenzierten und sachangemessenen Berichterstattung zu.

B Grundsätze und Empfehlungen – Psychiatrie

Bei der Versorgung psychisch kranker Menschen ist über die oben genannten bereichsübergreifenden Grundsätze hinaus Folgendes zu beachten:

B1. Entscheidungen über eine Zwangsmaßnahme im Kontext der Behandlung eines Patienten sollten unbeschadet der Letztverantwortung des behandelnden Arztes und der Notwendigkeit, im Regelfall eine Einwilligung des Vertreters (Eltern oder andere Sorgeberechtigte, Bevollmächtigte oder rechtliche Betreuer) einzuholen, durch ein multiprofessionelles Team unter Einschluss des Pflegepersonals beraten und nach Möglichkeit gemeinsam getroffen werden. Ist im Team keine Einigkeit über das Wohl des Patienten, seine Fähigkeit zu freiverantwortlicher Entscheidung oder die Wahl des schonendsten Mittels herstellbar, sollte eine Besprechung im Rahmen einer klinischen Ethikberatung erfolgen. In Kliniken mit psychiatrischen Abteilungen sollten die Mitglieder des Ethikkomitees dafür geschult sein.

B2. Patientenverfügungen oder andere vorsorgliche Willensbekundungen des Patienten geben Auskunft über den Willen des Patienten und seine Vorstellungen hinsichtlich seiner künftigen Behandlung und Versorgung. Einrichtungen sollten den Patienten über Möglichkeiten aufklären, seinen eigenen Willen vorsorglich zu bekunden, und ihm bei der Abfassung einer solcher Erklärung beraten, damit Wille und Wünsche des Patienten in Krisensituationen besser berücksichtigt und die individuelle Bewertung möglicher (Zwangs-)Maßnahmen besser ins Krisenmanagement implementiert werden können. Bei wiederholten Krankheitsepisoden müssen Er-

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

fahrungen mit früheren Behandlungen und deren retrospektive Beurteilung durch die betroffene Person herangezogen werden. Wenn möglich sollte eine Behandlungsvereinbarung abgeschlossen werden, um eine bessere Entscheidungsgrundlage für zukünftige Situationen zu erlangen.

B3. Im stationären Bereich sollten bauliche Voraussetzungen, wie Rückzugsmöglichkeiten, Freiräume, Gartenzugang oder kleine Stationen, geschaffen werden, die zur Deeskalation von Konflikten beitragen können. Bei der Planung von Gebäuden der psychiatrischen Versorgung sollten solche baulichen Gegebenheiten vorgesehen werden.

B4. Patienten sollten die Möglichkeit haben, sich an eine unabhängige Beschwerdestelle zu wenden, die sie berät und bei der Wahrnehmung ihrer Rechte unterstützt. Über dieses Angebot sollten sie zu Beginn einer Behandlung informiert werden. Einrichtungen und ihre Mitarbeiter sollten verpflichtet sein, mit den Beschwerdestellen zusammenzuarbeiten und die Patienten über das Ergebnis zu informieren.

B5. Die Besuchskommissionen nach den Psychisch-Kranken-Gesetzen sollten bundesweit und flächendeckend zu einem effektiven Instrument der Kontrolle von Zwangsmaßnahmen in allen Einrichtungen für psychisch kranke Menschen ausgebaut werden. Ihre Zuständigkeit sollte sich nicht auf jene Zwangsmaßnahmen beschränken, die nach den Psychisch-Kranken-Gesetzen durchgeführt werden, sondern alle Zwangsmaßnahmen unabhängig von der jeweiligen Rechtsgrundlage umfassen.

B6. Krisensituationen und die damit oft verbundenen Zwangsmaßnahmen können reduziert werden, wenn psychische Erkrankungen frühzeitig erkannt und behandelt werden. Deshalb sollte ein niedrigschwelliger Zugang zu psychiatrischer Versorgung flächendeckend angeboten werden, etwa in Form gemeindenaher ambulanter Versorgung mit mobilen Teams oder durch eine bessere hausärztliche Versorgung psychisch kranker Menschen. Aufsuchende Hilfen für psychisch kranke Menschen, etwa seitens des Sozialpsychiatrischen Dienstes oder anderer Formen der gemeindenahen Versorgung, sollten ausgebaut und verlässlich finanziert werden. Gefördert werden sollten überdies die Psychoedukation des Betroffenen und andere Möglichkeiten der Eigenvorsorge für künftige Krisen und die Unterstützung durch ehemalige Patienten als Genesungsbegleiter in Krisensituationen.

C Grundsätze und Empfehlungen – Kinder- und Jugendhilfe

Beim Einsatz von Maßnahmen gegen den Willen von Kindern und Jugendlichen ist über die oben genannten bereichsübergreifenden Grundsätze hinaus Folgendes zu beachten:

C1. Zur Legitimation einer Zwangsmaßnahme in der Kinder- und Jugendhilfe ist in der Regel die Einwilligung der Eltern bzw. der Sorgeberechtigten einzuholen. Ohne Einwilligung der diesbezüglich sorgeberechtigten Eltern darf eine Zwangsmaßnahme nur durchgeführt werden, wenn die Eltern nicht rechtzeitig erreichbar sind oder sie das Kindeswohl erheblich gefährden.

C2. Die Anwendung von Zwang bei Kindern und Jugendlichen darf in keinem Fall körperliche Bestrafungen, seelische Verletzungen oder andere entwürdigende Maßnahmen einschließen – auch nicht mit Zustimmung der Eltern. Sie darf sich nicht allein an der Person, die das Kind einmal sein wird, orientieren, sondern muss stets auch dessen aktuelle Wünsche und Bedürfnisse berücksichtigen.

C3. Pädagogische Zwangsmaßnahmen in intensiv-pädagogischen Kontexten müssen sorgfältig dokumentiert und hinsichtlich ihrer Wirksamkeit und Folgen ausgewertet werden. Die Dokumentation muss den Aufsichtsbehörden zugänglich sein.

C4. Für eine verlässliche Betreuung sowohl in Pflegefamilien als auch in Einrichtungen sollte gesorgt werden. Jugendämter und Träger der Kinder- und Jugendhilfe sollten zusammenarbeiten, um Einrichtungs- und Betreuungswechseln entgegenzuwirken und Unterstützung auch über das 18. Lebensjahr hinaus zu ermöglichen. Steht eine Entscheidung über die Verbringung eines Kindes in ein Heim bzw. eine Pflegefamilie oder die Rückführung in die Herkunftsfamilie an, muss der Wille des Kindes als Ausdruck und Bestandteil seines Wohles maßgeblich berücksichtigt werden.

C5. Die Zusammenarbeit von Kinder- und Jugendpsychiatrie, die in der Krisenintervention eine große Rolle spielt, und Kinder- und Jugendhilfe, deren Aufgabe die längerfristige Betreuung und Unterstützung von Kindern und Jugendlichen ist, sollte mit dem Ziel der Minimierung des Einsatzes von Zwang verbessert werden. Dies gilt auch für die zwangsweise Verabreichung von Psychopharmaka, deren Einsatz regelmäßig fachärztlich zu überprüfen ist.

C6. Jugendämter bzw. Kommunen müssen wirksam verpflichtet werden, ihren Mitarbeitern eine individuelle, intensive und partizipative Betreuung von Kindern und Jugendlichen zu ermöglichen und die Fallzahlen auf das fachlich gebotene Maß zu begrenzen. Dabei darf der Aufwand für Dokumentation und Überprüfung

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

nicht zulasten der persönlichen Betreuung gehen. Stellenpläne sind entsprechend anzupassen. Jugendämter und Träger der Kinder- und Jugendhilfe sollten Fallkonferenzen etablieren, um in Form kollegialer Beratung einerseits für schwierige Fälle prospektiv Entscheidungshilfen anzubieten und andererseits retrospektiv die Anwendung von Zwangsmaßnahmen kritisch zu reflektieren.

C7. Die Heimrichtlinien der Länder im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe sollten alle beteiligten Einrichtungen und Personen auf das Ziel der Minimierung freiheitsentziehender Unterbringung (geschlossene Heime) und intensiv-pädagogischer Zwangsmaßnahmen verpflichten. Die Heimaufsicht sollte prüfen, ob im konkreten Fall ein Einsatz von Zwangsmaßnahmen gerechtfertigt war, und bei ungerechtfertigtem Zwang eingreifen können.

C8. Verpflichtende Bedingung für die Erteilung einer Betriebserlaubnis sollten valide pädagogische Konzepte sein, die ein Heim vorzulegen hat. Darin muss erläutert werden, wie der Anspruch von Kindern und Jugendlichen auf eine gewaltfreie Erziehung realisiert werden soll. Die Umsetzung der pädagogischen Konzepte sollte dokumentiert und von den Jugendämtern regelmäßig überprüft werden.

C9. Die Finanzierung von Einrichtungen sollte so beschaffen sein, dass eine an Kinderrechten orientierte Pädagogik ermöglicht wird.

C10. In den Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe sollte ein Beschwerdemanagement etabliert werden, das Kindern und Jugendlichen die Möglichkeit gibt, sich innerhalb der Institution mit Beschwerden an Vertrauenspersonen zu wenden, ohne Nachteile befürchten zu müssen. Das Beschwerdemanagement ist zu dokumentieren, daraus resultierende Entscheidungen sind mit den Kindern und Jugendlichen zu besprechen. Zusätzlich sollten flächendeckend leicht zugängliche, unabhängige Beschwerdestellen (Ombudsstellen) eingerichtet werden. In den Hilfeplangesprächen sollten die Kinder und Jugendlichen über die Möglichkeit, sich an eine solche Ombudsstelle zu wenden, aufgeklärt werden. In stationären Einrichtungen sollten die Mitarbeiter der Ombudsstellen auch aktiv den Kontakt zu Kindern und Jugendlichen suchen, die von Zwangsmaßnahmen betroffen oder bedroht sind.

C11. Jede künftige Reform des Kinder- und Jugendhilfegesetzes sollte die effektiven Mitwirkungsrechte von Kindern und Eltern insbesondere in den Hilfeplanverfahren sichern und stärken.

C12. Die Studienlage sowohl zu den verschiedenen Formen der Unterbringung als auch zu Wirksamkeit und Folgen von Erziehungskonzepten und pädagogischen Interventionen sollte verbessert werden. Dabei sollten Daten über die Häufigkeit der Anwendung von Zwangsmaßnahmen, die Gründe für ihre Anwendung, ihre Wirksamkeit und ihre negativen Konsequenzen erhoben werden. Insbesondere sollte auch das subjektive Erleben der Kinder und Jugendlichen qualitativ erfasst werden. Hierfür sollten geeignete Forschungsförderlinien zum Beispiel durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend aufgesetzt werden.

D Grundsätze und Empfehlungen – Altenpflege und Behindertenhilfe

Beim Einsatz von Maßnahmen gegen den Willen pflegebedürftiger oder behinderter Menschen ist über die oben genannten bereichsübergreifenden Grundsätze hinaus Folgendes zu beachten:

D1. In der Altenpflege und Behindertenhilfe geht es meist um sehr langfristige und im Zeitverlauf zunehmende Unterstützungsbedarfe. Deshalb müssen Pflegende und Therapeuten die Würde des Betroffenen achten, auch wenn seine individuellen Präferenzen mit dem professionellen Selbstverständnis in Konflikt geraten.

D2. Es ist aufseiten des pflegebedürftigen oder behinderten Menschen wie auch aufseiten des professionellen und familiären Versorgungssystems alles dafür zu tun, dass der Umzug in eine Einrichtung selbstbestimmt und frei von Zwang erfolgt. Die für ein vorausschauendes Handeln erforderliche Planungskompetenz sollte durch eine präventive Beratung unterstützt werden.

D3. Um den Einsatz von Zwang in der Altenpflege zu minimieren, sollten Mitarbeiter die Symptome und den Verlauf von gerontopsychiatrischen Erkrankungen, insbesondere Demenz, kennen. Sie sollten die spezifischen Symptome verstehen und einordnen können und Betroffenen professionell und wertschätzend begegnen. Fort- und Weiterbildungen sollten verbindlich sein.

D4. Da niederschwellige Formen von Zwang oft die direkte Folge von einseitig defizitorientierten Vorstellungen von Alter und Behinderung und unreflektierten persönlichen Wertpräferenzen seitens der Pflegekräfte sind, kommt der durch Fort- und Weiterbildung geförderten kritischen Selbstreflexion professioneller Akteure große Bedeutung für die nachhaltige Vermeidung und Verringerung von Zwangsmaßnahmen zu.

D5. Wegen der Gefahr persönlichkeitsverändernder Effekte von Psychopharmaka sind an die Diagnose, Indikationsstellung und Dosierung besonders strenge Sorgfaltskriterien anzulegen. Auch die Notwendigkeit der

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Fortsetzung der Medikation ist regelmäßig fachärztlich zu überprüfen. Pflegeanbieter sollten alle Formen von Zwang einschließlich der Gabe ruhigstellender Medikamente dokumentieren und Maßnahmen zu ihrer Verringerung implementieren.

D6. Die baulichen und personalen Rahmenbedingungen von Einrichtungen der Altenpflege und Behindertenhilfe sollten so beschaffen sein, dass eine individuelle Förderung und Betreuung von pflegebedürftigen und behinderten Menschen ermöglicht wird. Zur Vermeidung von strukturellem Zwang sollten sich insbesondere die Personalausstattung und die Arbeitszeiten des Personals an den Pflege- und Unterstützungsbedürftigen orientieren. Zur Deeskalation von Konflikten sollten Rückzugsmöglichkeiten und Freiräume für Bewohner sowie überschaubare Pflegeeinheiten geschaffen werden.

D7. Nicht allein die Zahl, sondern auch die Haltung der professionellen Akteure bestimmt den Umgang mit pflegebedürftigen und behinderten Menschen und damit auch Entscheidungen über die Anwendung von Zwangsmaßnahmen. Die Einstellungen und moralischen Vorstellungen der Pflegenden wirken sich maßgeblich auf ihre Fähigkeiten aus, die Bedürfnisse der Bewohner in der Altenpflege und Behindertenhilfe wahrzunehmen. Deshalb sollte auf die Ausbildung einer respektvollen Haltung von professionell Sorgenden, insbesondere auf Achtsamkeit, Feinfühligkeit und Empathie sowie Kompetenz zur Reflexion eigener Werthaltungen, hingewirkt werden.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Sondervotum

Trotz uneingeschränkter Übereinstimmung mit dem generellen Ziel der Stellungnahme, nicht gerechtfertigte Zwangsmaßnahmen im Kontext professioneller Sorgebeziehungen zu identifizieren und nach Möglichkeit zu überwinden, scheint es dem Unterzeichner erforderlich, auf einige aus seiner Sicht nicht behobene begriffs- und argumentationslogische Schwachstellen des vorgelegten Textes hinzuweisen, die insbesondere die Frage der (Il-)Legitimität von Zwang gegenüber sogenannten freiverantwortlichen Sorgeadressaten (vgl. Empfehlung A2) betreffen:

1. Der Stellungnahme zufolge können Zwangsmaßnahmen nur dann gerechtfertigt werden, „wenn die betroffene Person in ihrer Fähigkeit zur Selbstbestimmung so stark eingeschränkt ist, dass sie keine freiverantwortliche Entscheidung zu treffen vermag“ (S. 87). Zwar sei Zwang prinzipiell (unter Einhaltung verschiedener, im Text näher entfalteter Kriterien) dort rechtfertigbar, wo der Sorgeadressat zweifelsfrei nicht freiverantwortlich handele (Konstellation a) oder zumindest Zweifel an seiner aktuellen Fähigkeit zu freiverantwortlichem Handeln bestünden (Konstellation b), doch markiere eine aktuell gegebene Freiverantwortlichkeit des Sorgeadressaten (Konstellation c) eine absolute Grenze, die jede Zwangsmaßnahme kategorisch verbiete. Die ‚Freiverantwortlichkeit‘ des Sorgeadressaten sei dann gegeben, wenn die Person „selbst einer Handlungsoption zustimmen, sie ablehnen oder zwischen zur Verfügung stehenden unterschiedlichen Handlungsoptionen wählen kann, wenn sie versteht, was sie auszuführen bzw. zu unterlassen beabsichtigt (einschließlich der für sie absehbaren Folgen und Nebenfolgen), und sie ihre Entscheidung in den Kontext ihres Lebensentwurfes einordnen kann“ (S. 10).

Die kriteriologisch entscheidende Kategorie der sogenannten ‚Freiverantwortlichkeit‘ erscheint jedoch in mehrfacher Hinsicht klärungsbedürftig: Erstens wäre die Beziehung zu den etablierten Begriffen der Urteils-, Entscheidungs- und Einwilligungsfähigkeit zu präzisieren, um über Professionsgrenzen hinweg zu einer möglichst einheitlichen Terminologie zu kommen. Dabei wäre insbesondere zu prüfen, ob und wenn ja wie die teilweise sehr anspruchsvollen Bedingungen (z. B. der erforderlichen Einsicht in die „absehbaren Folgen und Nebenfolgen“ der eigenen Entscheidung sowie die verlangte Befähigung zur Einordnung einer Entscheidung in den „Kontext des persönlichen Lebensentwurfes“) gerechtfertigt werden können, da sie deutlich über die etablierten Kategorien etwa der Urteils- und Einwilligungsfähigkeit hinausgehen. Zweitens wäre zu klären, ob die genannten Kriterien kumulativ zu verstehen sind oder nicht, da sie im Text nicht konsistent verwendet werden (vgl. S. 16). Drittens weist die Stellungnahme selbst zu Recht darauf hin, dass die „Grenzziehung zwischen freiverantwortlichen Entscheidungen einerseits und Willensäußerungen andererseits, die diesem Anforderungsprofil nicht genügen, […] durchaus prekär“ sei, da „eine transdisziplinär konsentierte Konkretisierung von Einsichts-, Urteils- und Handlungsfähigkeit als zentrale Kriterien nicht ersichtlich und erst noch zu entwickeln ist“ (S. 26). Von daher wird ungeachtet der verschiedenen prozeduralen Hinweise im Text nicht hinreichend deutlich, wie das vermeintlich normativ entscheidende Kriterium in der Praxis von den unterschiedlich ausgebildeten Akteuren in professionellen Sorgebeziehungen verlässlich operationalisiert werden kann. Viertens changiert der – ethisch eher ungewöhnliche – Begriff zwischen der (moralisch neutralen) Kategorie der ‚Willens-‘ bzw. ‚Entscheidungsfreiheit‘ einerseits und dem moralisch positiv konnotierten Begriff der ‚Verantwortbarkeit‘ im Sinne moralischer Richtigkeit andererseits, dessen Anwendbarkeit auf den Fall einer massiven irrational erscheinenden Selbstschädigung aber gerade umstritten ist.

2. Aufbauend auf dem Begriff der ‚Freiverantwortlichkeit‘ arbeitet die Stellungnahme mit der Unterscheidung zwischen einem sogenannten ‚weichen‘ und einem ‚harten Paternalismus‘ (vgl. Abschnitt 4.3), um die Grenze zwischen einem legitimierbaren und einem nicht zu legitimierenden Zwang zu markieren. Abgesehen davon, dass diese duale Differenzierung der tatsächlichen Dynamik, Volatilität und Uneindeutigkeit der Willensbildung vieler Sorgeadressaten in der Praxis oftmals kaum gerecht wird, da es zu viele Zwischenstufen und Grauzonen gibt, besteht die Gefahr, dass hier normative Begründungslasten durch unterschiedlich konnotierte terminologische Festlegungen (im Sinne einer Legitimität des ‚weichen‘ und einer Illegitimität des ‚harten‘ Paternalismus) überspielt werden. Ob eine bestimmte Zwangsmaßnahme moralisch gerechtfertigt werden kann oder nicht, ist in jedem Einzelfall argumentativ aufzuweisen und stellt in diesem Sinne ein *Erweiterungsurteil* dar, das nicht analytisch – und damit zirkulär – aus begrifflichen Vorentscheidungen abgeleitet werden darf.

3. Zwar ist unstrittig, dass Zwangsmaßnahmen, die sich gegen den erklärten freien Willen eines Sorgeadressaten richten, *in der Regel* moralisch unzulässig sind, doch stellt sich die Frage, ob es nicht auch hier – wie fast immer – extrem seltene *Ausnahmefälle* geben kann, in denen sogar eine sogenannte hartpaternalistische Zwangsmaßnahme (im Sinne von Konstellation c) unter bestimmten Bedingungen moralisch gerechtfertigt sein kann. Die Stellungnahme schließt diese Möglichkeit jedoch ausdrücklich aus, indem sie erklärt, derartige Maßnahmen seien „im Rahmen professioneller Sorgebeziehungen nicht legitimierbar“ (S. 28), da „keines“ der vier genannten Argumente „hinreichende Anhaltspunkte bietet, den Grundsatz der Unzulässigkeit von Maßnahmen

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

wohltätigen Zwangs bei freiverantwortlich handelnden Personen zu relativieren“ (S. 30). Hier ist ein doppelter Differenzierungsbedarf anzumelden: Erstens geht es nicht darum, einen plausiblen ‚Grundsatz‘ als solchen zu relativieren, sondern lediglich darum, auf mögliche Grenzen seiner Anwendbarkeit hinzuweisen. Auch im Allgemeinen (d. h. *ut in pluribus*) wohlbegründete Handlungsregeln und Grundsätze können erfahrungsgemäß in Ausnahmesituationen mit anderen ebenfalls plausiblen Regeln kollidieren, sodass situativ ein möglichst schonender Ausgleich zwischen den betroffenen Gütern und Werten herbeizuführen ist. Die Stellungnahme selbst zeigt hier insofern eine gewisse Ambivalenz, als sie einerseits zu Recht betont, die Legitimierbarkeit von wohltätigem Zwang bei Personen, deren Handlungen zweifelsfrei als freiverantwortlich anzusehen sind, stehe „generell“ infrage (S. 6), andererseits aber darüber hinaus bemüht scheint, jeden möglichen Grenzfall von vorneherein ausschließen zu wollen. Dabei dürfte sie von der Sorge geleitet sein, die Annahme von Ausnahmetatbeständen könne viel weiter reichenden Konstellationen (wie z. B. komplexen Zwangsbehandlungen etc.) Tür und Tor öffnen, obwohl diese Gefahr durch die genannten Kriterien der jeweiligen Zwangsmaßnahmen (z. B. kurze Dauer, geringe Eingriffstiefe) von vorneherein ausgeschlossen ist.

Zweitens sind die vier diskutierten möglichen Argumente zur Rechtfertigung sogenannter hartpaternalistischer Maßnahmen meines Erachtens differenzierter zu beurteilen, als es im Text der Stellungnahme der Fall ist. Während der Rekurs auf die Lehre von den ‚Pflichten gegen sich selbst‘ und die Kategorie des ‚Gewissens‘ tatsächlich ungeeignet erscheint, Zwangsmaßnahmen gegenüber urteils- und einwilligungsfähigen Sorgeadressaten zu rechtfertigen, ist die Plausibilität der Verweise auf den ‚notwendigen Schutz der Zukunftsperspektive des Betroffenen‘ und die ‚Menschenwürde‘ meines Erachtens weit höher einzuschätzen. Abgesehen davon, dass es wenig überzeugend erscheint, alle Fälle suizidalen Handelns unter die Kategorie des ‚Notfalls‘ (und damit die Konstellation b) zu subsumieren (vgl. S. 30), wird gerade im Umgang der Stellungnahme mit komplexen Grenzfällen deutlich, dass ein hoher Preis für die eingeschlagene Argumentationsstrategie zu entrichten ist: Erstens neigt die daraus resultierende Position dazu, die Existenz schwieriger Härtefälle, bei denen ein Sorgeadressat in einem begrenzten Lebensbereich ein isoliert irrationales selbstschädigendes Verhalten zeigt, entweder gänzlich leugnen zu müssen oder aber solche Konstellationen letztlich nur noch dadurch lösen zu können, dass man die *Freiverantwortlichkeit des Betroffenen in Zweifel zieht* (vgl. den dafür symptomatischen Umgang mit den Verwahrlosungsszenarien und dem Würde-Argument S. 30). Damit zeigt ausgerechnet jene Argumentation eine überraschende Schwachstelle, die eigentlich zum Schutz der Selbstbestimmung der Sorgeadressaten angetreten war. Für den Umgang mit sogenannten „moralischen Dilemmata“ (S. 35) bedeutet dies, dass deren Erleben der Stellungnahme zufolge letztlich auf rein subjektiven Fehleinschätzungen beruhen muss, die daraus resultieren, dass professionelle Akteure „ihre fundamentale Verpflichtung zum Respekt vor freiverantwortlichen Entscheidungen“ (S. 35) missverstehen. Diese Deutung erscheint jedoch nur dann plausibel, wenn komplexe Kategorien wie das ‚Wohl‘ des Sorgeempfängers unter der Hand auf dessen individuelle Selbstbestimmung reduziert werden, wodurch unter anderem auch dem für die Bewältigung extremer Konfliktsituationen entwickelten theologischen Theorem der ‚notwendigen Schuldübernahme‘ (vgl. S. 35) de facto die Grundlage entzogen wird. Zweitens wird die Argumentation auch der zeitlichen Dimension solcher Konflikte nicht gerecht, in denen die freie *aktuelle* Willensbestimmung einer Person im Gegensatz zum *mittel- und langfristigen* Erhalt ihrer Selbstbestimmungsfähigkeit stehen kann. Wer meint, in solchen Konstellationen allein oder vorrangig die gegenwärtige Willensbestimmung moralisch berücksichtigen zu müssen, macht sich einer *aktualistischen Engführung der Selbstbestimmung* schuldig, die stark kontraintuitive Züge annimmt. Es geht nicht an, dass man einerseits immer wieder den hoch bedeutsamen Perspektivenwechsel zu einer Person- und Ressourcenorientierung beschwört, und dann ausgerechnet die Fähigkeit zur Selbstbestimmung und zur Verantwortungsübernahme insbesondere junger Menschen auf eine momenthafte Willensartikulation unter Ausklammerung ihrer zukunftsbezogenen Potenziale verkürzt wird. Das in der Stellungnahme an anderer Stelle (vgl. Empfehlung A8) genannte Kriterium, dass der Sorgeadressat das mit dem Zwang verfolgte Ziel „im Nachhinein“ teilen und die Maßnahme daher rückblickend als „notwendig und richtig“ beurteilen können muss, wäre daher auch auf das Problem der Rechtfertigung punktueller hartpaternalistischer Zwangsmaßnahmen anzuwenden. Drittens führt die implizite Identifikation von freier aktueller Willensbestimmung, Wohl und Würde des Betroffenen in Abschnitt 4.3 letztlich zu einer semantischen *Begriffsschmelze*, die nicht nur hinter die differenzierten Ausführungen zum Wohlbegriff in Abschnitt 2.3 zurückfällt, eine einseitig subjektivistische Deutung des Wohl-Begriffes propagiert und damit das zu Recht angemahnte ‚mehrstufige und multikriterielle Prüfverfahren‘ (vgl. S. 46) unterläuft, sondern die Argumentation damit auch in metaethischer Perspektive auf eine *internalistische* Deutung sogenannter *normativer Gründe* festlegt, deren Plausibilität in der zeitgenössischen Moralphilosophie überaus umstritten ist.

4. Ein letztes hier kritisch zu erwähnendes Defizit der vorliegenden Argumentation besteht in der *mangelnden Unterscheidung zwischen der rechtlichen und der ethischen Perspektive*. So wird etwa in direkter Anlehnung an die herrschende Rechtslage behauptet, es sei „moralisch legitim, wenn ein Patient freiverantwortlich medizinische Eingriffe verweigert, selbst wenn diese medizinisch indiziert sind und ihre Unterlassung für ihn

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

mit dem Risiko eines gravierenden Schadens oder sogar mit einer Lebensgefahr verbunden ist“ (S. 29). Zwar gibt es gute Gründe dafür, dass unsere Rechtsordnung auch irrationale Entscheidungen von Patienten weiträumig schützt, doch ist damit über die spezifisch moralische Qualität eines solchen Verhaltens noch nichts gesagt. Gleiches gilt für die Frage, wie eine moralisch angemessene Reaktion Dritter auf solche Therapieverweigerungsszenarien aussehen sollte. Hier gibt es je nach dabei unterstellten Motiven, konkreten Umständen und sozialen Konstellationen ein ebenso breites wie umstrittenes Spektrum von Reaktionsmöglichkeiten, das von fürsorglicher Intervention über tolerantes Gewährenlassen bei gleichzeitiger sachlicher Missbilligung bis hin zum anerkennenden Respekt reicht. Da zumindest im Bereich der jüngeren Medizin- und Bioethik von einem wirklich belastbaren Konsens hinsichtlich der genauen Reichweite individueller Selbstbestimmung in vielen Einzelfragen keine Rede sein kann, trägt die hier beschworene Übereinstimmung zwischen Recht und Ethik stark idealisierte Züge, die der Pluralität unterschiedlicher moralphilosophischer Optionen und Theorietraditionen nicht gerecht wird.

Franz-Josef Bormann

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Literaturverzeichnis

Abbas, S. et al. (2016): Psychopharmacological prescriptions in children and adolescents in Germany. A nationwide analysis of over 4 million statutorily insured individuals from 2004 to 2012. In: Deutsches Ärzteblatt International, 113 (22-23), 396-403.

Adorjan, K. et al. (2017): Zwangsmaßnahmen in deutschen Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie. Eine Pilotstudie der DGPPN zur Erprobung eines einheitlichen Erfassungsinstrumentes. In: Der Nervenarzt, 88 (7), 802-810.

AGJ – Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe (Hg.) (2010): Abschlussbericht des Runden Tisches „Heimerziehung in den 50er und 60er Jahren“. Berlin.

Akashe-Böhme, F.; Böhme, G. (2005): Mit Krankheit leben. Von der Kunst, mit Schmerz und Leid umzugehen. München.

Albus, S. et al. (2010): Wirkungsorientierte Jugendhilfe. Abschlussbericht der Evaluation des Bundesmodellprogramms „Qualifizierung der Hilfen zur Erziehung durch wirkungsorientierte Ausgestaltung der Leistungs-, Entgelt- und Qualitätsvereinbarungen nach §§ 78a ff SGB VIII“. Münster et al.

Anderson, J.; Honneth, A. (2005): Autonomy, vulnerability, recognition, and justice. In: Christman, J.; Anderson, J. (Hg.): Autonomy and the Challenges to Liberalism. New Essays. Cambridge; New York, 127-149.

Antholz, B. (2017): Geschlossene Unterbringung. In: Zeitschrift für das Fürsorgewesen, 69 (2), 38-43.

APA/WPA – American Psychiatric Association; World Psychiatric Association (Hg.) (2013): Joint statement in response to the Report of the UN Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment. https://www.wpanet.org/uploads/Latest_News/News_from_WPA_Sections/attach%2003.pdf [31.07.2018].

Aristoteles (1985): Nikomachische Ethik. Hamburg.

Armgart, C. et al. (2013): Negative Emotionen und Verständnis – Zwangsmaßnahmen aus Patientensicht. In: Psychiatrische Praxis, 40 (5), 278-284.

Arnegger, M. (2018): Wozu braucht es Ombudschaft in der Kinder- und Jugendhilfe? Chancen professionalisierter ombudschaftlicher Interventionen. In: Das Jugendamt, 91 (1-2), 12-15.

Bagattini, A. (2016): Future-oriented paternalism and the intrinsic goods of childhood. In: Drerup, J. et al. (Hg.): Justice, Education and the Politics of Childhood. Challenges and Perspectives. Cham, 17-33.

Baier, A. (1986): Trust and antitrust. In: Ethics, 96 (2), 231-260.

BÄK/ZEKO – Bundesärztekammer; Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (Hg.) (2013): Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis. In: Deutsches Ärzteblatt, 110 (33-34), A1580-A1585.

Baltes, M. M. (1996): The Many Faces of Dependency in Old Age. Cambridge.

Baltes, M. M. (1995): Verlust der Selbständigkeit im Alter: Theoretische Überlegungen und empirische Befunde. In: Psychologische Rundschau, 46 (3), 159-170.

Baltes, P. B.; Lindenberger, U.; Staudinger, U. M. (2006): Life span theory in developmental psychology. In: Damon, W.; Lerner, R. M. (Hg.): Handbook of Child Psychology. Volume 1: Theoretical Models of Human Development. Hoboken, 569-664.

Banks, S.; Gallagher, A. (2009): Ethics in Professional Life. Virtues for Health and Social Care. Basingstoke.

Baumann, H.; Bleisch, B. (2015): Respecting children and children’s dignity. In: Bagattini, A.; Macleod, C. (Hg.): The Nature of Children’s Well-Being. Theory and Practice. Dordrecht, 141-156.

Beauchamp, T. L.; Childress, J. F. (2009): Principles of Biomedical Ethics. New York; Oxford.

Beckmann, K.; Ehlting, T.; Klaes, S. (2018): Berufliche Realität im Jugendamt: der ASD in strukturellen Zwängen. Berlin.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Bergk, J.; Flammer, E.; Steinert, T. (2010): „Coercion Experience Scale“ (CES) – validation of a questionnaire on coercive measures. In: BMC Psychiatry, 10:5 (DOI: 10.1186/1471-244X-10-5).

Bergk, J. et al. (2011): A randomized controlled comparison of seclusion and mechanical restraint in inpatient settings. In: Psychiatric Services, 62 (11), 1310-1317.

Berhe, T. et al. (2005): „Home treatment“ für psychische Erkrankungen. Begriffsklärung und Wirksamkeit. In: Der Nervenarzt, 76 (7), 822-831.

Berzlanovich, A. M.; Schöpfer, J.; Keil, W. (2012): Deaths due to physical restraint. In: Deutsches Ärzteblatt International, 109 (3), 27-32.

Besse, M. et al. (2017): Elektrokonvulsionstherapie gegen den natürlichen Patientenwillen. In: Der Nervenarzt, 88 (1), 46-52.

Bleijlevens, M. H. C. et al. (2016): Physical restraints: consensus of a research definition using a modified delphi technique. In: Journal of the American Geriatrics Society, 64 (11), 2307-2310.

BMAS – Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hg.) (2013): Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung. Bonn.

BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) (2017): 15. Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. Berlin.

BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) (2016): Siebter Altenbericht. Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften und Stellungnahme der Bundesregierung. Berlin.

BMJFFG – Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (Hg.) (1990): Achter Jugendbericht. Bericht über Bestrebungen und Leistungen der Jugendhilfe. Bonn.

BMJFG – Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit (Hg.) (1974): Grundlegende Vorstellungen über Inhalt und Begriff moderner Jugendhilfe. Stuttgart et al.

BMJFG – Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit (Hg.) (1972): Dritter Jugendbericht. Bericht über Bestrebungen und Leistungen der Jugendhilfe. Bonn.

Böhnisch, L. (2005): Lebensbewältigung. Ein sozialpolitisch inspiriertes Paradigma für die Soziale Arbeit. In: Thole, W. (Hg.): Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch. Wiesbaden, 199-213.

Böllert, K. (Hg.) (2018): Kompendium Kinder- und Jugendhilfe. Wiesbaden.

Bonhoeffer, D. (1992): Werke. Band 6: Ethik. Gütersloh.

Bormann, F.-J. (Hg.) (2017): Lebensbeendende Handlungen. Ethik, Medizin und Recht zur Grenze von „Töten“ und „Sterbenlassen“. Berlin.

BPE – Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener (Hg.) (2007): Dresdener Erklärung zur psychiatrischen Zwangsbehandlung. http://www.bpe-online.de/verband/rundbrief/2007/2/ddgc.pdf [31.07.2018].

von Brachel, H.-U. (1985): Was heißt Handeln unter Widersprüchen? Pädagogische und therapeutische Paradoxien. In: von Brachel, H.-U.; Mette, N. (Hg.): Kommunikation und Solidarität. Beiträge zur Diskussion des handlungstheoretischen Ansatzes von Helmut Peukert in Theologie und Sozialwissenschaften. Freiburg; Münster, 284-299.

Brandtstädter, J. (2007): Hartnäckige Zielverfolgung und flexible Zielanpassung als Entwicklungsressourcen: Das Modell assimilativer und akkommodativer Prozesse. In: Brandtstädter, J.; Lindenberger, U. (Hg.): Entwicklungspsychologie der Lebensspanne. Ein Lehrbuch. Stuttgart, 413-445.

Braun, M. (2017): Zwang und Anerkennung. Sozialanthropologische Herausforderungen und theologisch-ethische Implikationen im Umgang mit psychischer Devianz. Tübingen.

Brosey, D. (2009): Wunsch und Wille des Betreuten bei Einwilligungsvorbehalt und Aufenthaltsbestimmungsrecht. Hamburg.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Brumlik, M. (1986): Über die Ansprüche Ungeborener und Unmündiger. Wie advokatorisch ist die diskursive Ethik? In: Kuhlmann, W. (Hg.): Moralität und Sittlichkeit. Das Problem Hegels und die Diskursethik. Frankfurt am Main, 265-300.

Bruns, H.; Henking, T. (2015): Unterbringungen und Zwangsbehandlungen in Zahlen. In: Henking, T.; Vollmann, J. (Hg.): Zwangsbehandlung psychisch kranker Menschen. Ein Leitfaden für die Praxis. Berlin; Heidelberg, 19-28.

BStMASFI – Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Soziales, Familie und Integration (Hg.) (2016): Bericht „Stationäre Einrichtungen für Kinder und Jugendliche mit Behinderung“. https://www.stmas.bayern.de/imperia/md/content/stmas/stmas_internet/behinderung/160804_bericht_stat_einrichtungen_f_kinder_u_jugendliche_mit_behinderung.pdf [11.09.2018].

Burkard, A. (2012): Intuitionen in der Ethik. Münster.

Chesney, E.; Goodwin, G. M.; Fazel, S. (2014): Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. In: World Psychiatry, 13 (2), 153-160.

Chien, I-C. et al. (2013): Trends, correlates, and disease patterns of antidepressant use among children and adolescents in Taiwan. In: Journal of Child Neurology, 28 (6), 706-712.

Clark, Z.; Schwerthelm, M. (2017): Manualisiertes Strafen oder demokratisches Verzeihen? Von den Möglichkeiten und Bedingungen des Verzeihens in der stationären Heimerziehung. In: Sozial Extra, 41 (5), 15-18.

Coester, M. (2005): Elterliche Gewalt. In: Hofer, S.; Klippel, D.; Walter, U. (Hg.): Perspektiven des Familienrechts. Festschrift für Dieter Schwab. Bielefeld, 747-760.

Conradi, E. (2001): Take Care. Grundlagen einer Ethik der Achtsamkeit. Frankfurt am Main; New York.

Cox, G.; Hetrick, S. (2017): Psychosocial interventions for self-harm, suicidal ideation and suicide attempt in children and young people: what? how? who? and where? In: Evidence-Based Mental Health, 20 (2), 35-40.

Cox, G. R. et al. (2014): Psychological therapies versus antidepressant medication, alone and in combination for depression in children and adolescents. In: Cochrane Database of Systematic Reviews, 11:CD008324 (DOI: 10.1002/14651858.CD008324.pub3).

DBSH – Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit (2009): Berufsethische Prinzipien des DBSH. In: ders. (Hg.): Grundlagen für die Arbeit des DBSH e.V. Essen; Berlin, 9-11.

Denner, S. (2016): Gemeinsam auf dem Weg. Zusammenarbeit wegen und trotz Unterschieden: Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Jugendhilfe-aktuell, 12 (1), 9-13.

Deutscher Bundestag (Hg.) (2017): Die Anwendung von Zwang bei Kindern und Jugendlichen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie in Heimen. Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Corinna Rüffer, Dr. Harald Terpe, weiterer Abgeordneter und der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen. Bundestagsdrucksache 18/11741.

Deutscher Bundestag (Hg.) (1975): Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland – Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. Bundestagsdrucksache 7/4200.

Deutscher Bundestag (Hg.) (1973): Zwischenbericht der Sachverständigenkommission zur Erarbeitung der Enquête über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Bundestagsdrucksache 7/1124.

Deutscher Ethikrat (Hg.) (2017): Big Data und Gesundheit – Datensouveränität als informationelle Freiheitsgestaltung. Berlin.

Deutscher Ethikrat (Hg.) (2012): Demenz und Selbstbestimmung. Berlin.

Dewe, B.; Otto, H.-U. (2001): Profession. In: Otto, H.-U.;. Thiersch, H. (Hg.): Handbuch Sozialarbeit/Sozialpädagogik. Neuwied; Kriftel, 1399-1423.

DFPP – Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege (Hg.) (2016): Stellungnahme der Deutschen Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege zum Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen in der

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

akutpsychiatrischen stationären Versorgung. https://www.dfpp.de/archiv/dfpp/SN-DFPP_FEM-AkutpsychVersorgung.pdf [08.07.2018].

DGPPN – Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (Hg.) (2018): S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-022l_S3_Verhinderung-von-Zwang-Praevention-Therapie-aggressiven-Verhaltens_2018-09.pdf [15.10.2018].

DGPPN – Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (2014): Achtung der Selbstbestimmung und Anwendung von Zwang bei der Behandlung psychisch erkrankter Menschen. Eine ethische Stellungnahme der DGPPN. In: Der Nervenarzt, 85 (11), 1419-1431.

Dickmann, F. (Hg.) (2014): Heimrecht. Kommentar. München.

DIMR – Deutsches Institut für Menschenrechte (Hg.) (2016): Stellungnahme zum Referentenentwurf des Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz eines Gesetzes zur Einführung eines familiengerichtlichen Genehmigungsvorbehaltes für freiheitsentziehende Maßnahmen bei Kindern. https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/Stellungnahmen/DIMR_Stellungnahme_Freiheitsentziehende_Massnahmen_bei_Kindern_30.09.2016.pdf [07.08.2018].

Ding-Greiner, C.; Kruse, A. (Hg.) (2010): Betreuung und Pflege geistig behinderter und chronisch psychisch kranker Menschen im Alter. Beiträge aus der Praxis. Stuttgart.

DGKJP – Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie et al. (Hg.) (2014): Freiheitsentziehende Maßnahmen in Jugendhilfeeinrichtungen – Empfehlungen aus Sicht der Kinder- und Jugendpsychiatrie für das Verfahren nach § 1631b BGB und die Gestaltung der Maßnahmen. http://www.dgkjp.de/images/files/stellungnahmen/2014/gemeinsame%20Stellungnahme%20Freiheitsentziehende%20Massnahmen%20in%20Jugendhilfeeinrichtungen.pdf [07.08.2018].

Doll, A. (2016): Verhaltenstherapeutische Elemente in den stationären HzE? In: Forum Erziehungshilfen, 22 (4), 204-207.

Dörner, K. (2000): Lebenswelt und psychische Gesundheit. Ein Ausblick. In: Sozialpsychiatrische Informationen, 30 (2), 7-13.

Dreßing, H.; Salize, H.-J. (2004): Zwangsunterbringung und Zwangsbehandlung psychisch Kranker in den Mitgliedsländern der Europäischen Union. In: Psychiatrische Praxis, 31 (1), 34-39.

Dworkin, G. (1988): The Theory and Practice of Autonomy. Cambridge.

Eckart, W. U. (2012). „Sterben“: Ereignis und Prozess. In: Anderheiden, M.; Eckart, W. U. (Hg.): Handbuch Sterben und Menschenwürde. Band 1. Berlin; Boston, 19-29.

Engel, S. (2008): Angehörigenberatung – Verbesserung der Situation pflegender Angehöriger als ein zentrales Arbeitsfeld der Gerontopsychologie. In: Oswald, W. D.; Gatter, G.; Fleischmann, U. M. (Hg.): Gerontopsychologie. Grundlagen und klinische Aspekte zur Psychologie des Alterns. Wien; New York, 195-212.

Engel, S. et al. (2012): EduKation^{PFLEGEHEIM} – Qualitätsverbesserung und Entlastung im Pflegeheim durch Förderung der trialogischen Kommunikation. Abschlussbericht im Auftrag des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen. Erlangen.

Equit, C.; Flößer, G.; Witzel, M. (Hg.) (2017): Beteiligung und Beschwerde in der Heimerziehung. Grundlagen, Anforderungen und Perspektiven. Frankfurt am Main.

Erikson, E. H. (1997): The Life Cycle Completed. New York; London.

Faltermeier, J.; Wiesner, R. (2017): Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII). In: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hg.): Fachlexikon der Sozialen Arbeit. Baden-Baden, 494-498.

FBTS/DBSH – Fachbereichstag Soziale Arbeit; Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit (Hg.) (2016): Deutschsprachige Definition Sozialer Arbeit des Fachbereichstag Soziale Arbeit und DBSH.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

https://www.dbsh.de/fileadmin/downloads/20161114_Dt_Def_Sozialer_Arbeit_FBTS_DBSH_02.pdf [31.07.2018].

Feinberg, J. (1986): The Moral Limits of the Criminal Law. Volume 3: Harm to Self. New York; Oxford.

Feuerstein, G.; Schramme, T. (Hg.) (2015): Ethik der Psyche. Normative Fragen im Umgang mit psychischer Abweichung. Frankfurt am Main; New York.

Fichter, M. M.; Quadflieg, N. (2016): Mortality in eating disorders – results of a large prospective clinical longitudinal study. In: International Journal of Eating Disorders, 49 (4), 391-401.

Finzen, A. (2015): Auf dem Wege zur Reform – Die Psychiatrie-Enquete wird 40. In: Psychiatrische Praxis, 42 (7), 392-396.

Flammer, E.; Steinert, T. (2015): Auswirkungen der vorübergehend fehlenden Rechtsgrundlage für Zwangsbehandlungen auf die Häufigkeit aggressiver Vorfälle und freiheitseinschränkender mechanischer Zwangsmaßnahmen bei Patienten mit psychotischen Störungen. In: Psychiatrische Praxis, 42 (5), 260-266.

Foucault, M. (1976): Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses. Frankfurt am Main.

Frajo-Apor, B.; Stippler, M.; Meise, U. (2011): „Etwas Erniedrigenderes kann dir eigentlich in der Psychiatrie nicht passieren“. Auswertung von 14 Leitfadeninterviews mit psychiatrischen Patienten über ihre Erfahrungen mit mechanischer Fixierung. In: Psychiatrische Praxis, 38 (6), 293-299.

Frankfurt, H. G. (2001): Freiheit und Selbstbestimmung. Ausgewählte Texte. Berlin.

Freund, A. M.; Nikitin, J. (2012): Junges und mittleres Erwachsenenalter. In: Schneider, W.; Lindenberger, U. (Hg.): Entwicklungspsychologie. Weinheim; Basel, 259-282.

Fried, L. P. et al. (2001): Frailty in older adults: evidence for a phenotype. In: The Journals of Gerontology: Series A, 56 (3), M146-M156.

Fritz, U.; Mack, B.; Rave-Schwank, M. (1991): Gewalt in der Psychiatrie. Evaluation der Fixierungsdokumentation in einem psychiatrischen Krankenhaus. In: Psychiatrische Praxis, 18 (5), 162-166.

Frühwald, T. (2012): Ethik in der Geriatrie. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 45 (6), 545-557.

Gallagher, A. (2007): The respectful nurse. In: Nursing Ethics, 14 (3), 360-371.

Gartlehner, G. et al. (2017): Pharmacological and non-pharmacological treatments for major depressive disorder: review of systematic reviews. In: BMJ Open, 7:e014912 (DOI: 10.1136/bmjopen-2016-014912).

Garz, D. (2008): Sozialpsychologische Entwicklungstheorien. Von Mead, Piaget und Kohlberg bis zur Gegenwart. Wiesbaden.

Gather, J. et al. (Hg.) (2017): Beneficial Coercion in Psychiatry? Foundations and Challenges. Münster.

George, W.; George, U. (2003): Angehörigenintegration in der Pflege. München; Basel.

Gernhuber, J.; Coester-Waltjen, D. (2010): Familienrecht. München.

Giesinger, J. (2011): Erziehung zur Authentizität – ein Paradox? https://epub.ub.uni-muenchen.de/12363/1/Giesinger_Authentizitaet_Vortrag-Muenchen.pdf [03.09.2018].

Gilligan, C. (1982): In a Different Voice. Psychological Theory and Women's Development. Cambridge; London.

Goergen, T. (2004): A multi-method study on elder abuse and neglect in nursing homes. In: The Journal of Adult Protection, 6 (3), 15-25.

Goffman, E. (1973): Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Frankfurt am Main.

Gopnik, A. (2009): The Philosophical Baby. What Children's Minds Tell Us about Truth, Love, and the Meaning of Life. New York.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Graumann, S. (2011): Assistierte Freiheit. Von einer Behindertenpolitik der Wohltätigkeit zu einer Politik der Menschenrechte. Frankfurt am Main; New York.

Griffin, J. (1986): Well-Being. Its Meaning, Measurement and Moral Importance. Oxford.

Gruber, D. et al. (2018): Sozialpsychiatrie: Begriff, Themen und Geschichte. In: Schöny, W. (Hg.): Sozialpsychiatrie – theoretische Grundlagen und praktische Einblicke. Berlin, 5-28.

Güther, H. (2015): Anerkennung und Konfliktorientierung. In: Brandenburg, H.; Güther, H. (Hg.): Lehrbuch Gerontologische Pflege. Bern, 105-121.

Haase, C. M.; Heckhausen, J. (2012): Motivation. In: Schneider, W.; Lindenberger, U. (Hg.): Entwicklungspsychologie. Weinheim; Basel, 477-496.

Habermas, J. (1983): Diskursethik – Notizen zu einem Begründungsprogramm. In: ders.: Moralbewusstsein und kommunikatives Handeln. Frankfurt am Main, 53-125.

Habermas, J. (1982): Moralentwicklung und Ich-Identität. In: ders.: Zur Rekonstruktion des Historischen Materialismus. Frankfurt am Main, 63-91.

Habermas, J. (1981): Theorie des kommunikativen Handelns. Band 2: Zur Kritik der funktionalistischen Vernunft. Frankfurt am Main.

Hafeneger, B. (2017): Gewalt als Erziehungsmittel in der Heimerziehung. Machtmissbrauch im Kontext pädagogischer Geschichtsaufarbeitung. In: Sozial Extra, 41 (5), 11-14.

Häfner, H. (2016): Psychiatriereform in Deutschland. Vorgeschichte, Durchführung und Nachwirkungen der Psychiatrie-Enquête. Ein Erfahrungsbericht. In: Wink, M.; Funke, J. (Hg.): Stabilität im Wandel. Heidelberg, 119-145.

Häfner, H. (1965): Dringliche Reformen in der psychiatrischen Krankenversorgung der Bundesrepublik. Über die Notwendigkeit des Aufbaus sozialpsychiatrischer Einrichtungen (psychiatrischer Gemeindezentren). In: helfen und heilen, 2 (4/5), 118-125.

Hansbauer, P. (2016): Heimerziehung heute. Ein nachdenklicher Streifzug durch die deutsche Heimerziehungslandschaft 2015. In: Forum Erziehungshilfen, 22 (2), 74-78.

Hansbauer, P.; Stork, R. (2017): Ombudschaften für Kinder und Jugendliche – Entwicklungen, Herausforderungen und Perspektiven. In: Sachverständigenkommission 15. Kinder- und Jugendbericht (Hg.): Zwischen Freiräumen, Familie, Ganztagsschule und virtuellen Welten – Persönlichkeitsentwicklung und Bildungsanspruch im Jugendalter. Materialien zum 15. Kinder- und Jugendbericht. München, 155-201.

Hartmann, M. (2011): Die Praxis des Vertrauens. Berlin.

Haw, C.; Stubbs, J. (2010): Covert administration of medication to older adults: a review of the literature and published studies. In: Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 17 (9), 761-768.

Heckhausen, J.; Wrosch, C.; Schulz, R. (2010): A motivational theory of life-span development. In: Psychological Review, 117 (1), 32-60.

Hegemann, T.; Salman, R. (Hg.) (2010): Handbuch Transkulturelle Psychiatrie. Bonn.

Heidegger, M. (1967): Sein und Zeit. Tübingen.

Heinrichs, B. (2013): Moralische Intuition und ethische Rechtfertigung. Eine Untersuchung zum ethischen Intuitionismus. Münster.

Heise, T. (2005): Entwicklungsgeschichte der transkulturellen Psychiatrie. In: Assion, H.-J. (Hg.): Migration und seelische Gesundheit. Heidelberg, 47-58.

Henking, T. (2016): Patientenrechte in der Psychiatrie im Kontext von Zwang. In: Recht & Psychiatrie, 34 (3), 155-163.

Henking, T.; Mittag, M. (2014): Die Zwangsbehandlung in der öffentlich-rechtlichen Unterbringung – Stand der Neuregelungen. In: Betreuungsrechtliche Praxis, 23 (3), 115-119.

Henking, T.; Vollmann J. (Hg.) (2015): Zwangsbehandlung psychisch kranker Menschen. Ein Leitfaden für die Praxis. Berlin; Heidelberg.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Herr, S. S.; Weber, G. (Hg.) (1999): Aging, Rights, and Quality of Life. Prospects for Older People with Developmental Disabilities. Baltimore.

Höffe, O. (2014): Zur Urteilskraft in Kants Ethik als Grundlage ärztlicher Entscheidungen. In: Bormann, F.-J.; Wetzstein, V. (Hg.): Gewissen. Dimensionen eines Grundbegriffs medizinischer Ethik. Berlin; Boston, 209-227.

Höfling, W. (2009): Elternrecht. In: Isensee, J.; Kirchhof, P. (Hg.): Handbuch des Staatsrechts der Bundesrepublik Deutschland. Band VII: Freiheitsrechte. Heidelberg et al., 477-520.

Höhler, C. (2009): Zwangselemente in der Heimerziehung und ihre Bewertung durch die Kinder und Jugendlichen. In: Widersprüche, 31 (3), 89-102.

Honneth, A. (1992): Kampf um Anerkennung. Zur moralischen Grammatik sozialer Konflikte. Frankfurt am Main.

Horn, C. (2006): Epieikeia: the competence of the perfectly just person in Aristotle. In: Reis, B. (Hg.): The Virtuous Life in Greek Ethics. Cambridge, 142-166.

Hsia, Y.; Maclennan, K. (2009): Rise in psychotropic drug prescribing in children and adolescents during 1992-2001: a population-based study in the UK. In: European Journal of Epidemiology, 24 (4), 211-216.

Husum, T. L.; Finset, A.; Ruud, T. (2008): The Staff Attitude to Coercion Scale (SACS): reliability, validity and feasibility. In: International Journal of Law and Psychiatry, 31 (5), 417-422.

ICN – International Council of Nurses (Hg.) (2012): The ICN Code of Ethics for Nurses. Genf.

Igel, W. (2010): Disziplinierung durch freiheitsentziehende Maßnahmen in der Jugendhilfe? In: Jugendhilfe im Dialog, 20 (4), 20-32.

IGfH – Internationale Gesellschaft für erzieherische Hilfen (Hg.) (2015): Kooperation ja, aber nicht so! https://www.igfh.de/cms/sites/default/files/Stellungnahme%20zur%20Psychiatrie_GU_2015_23.03.pdf [11.09.2018].

Igl, G.; Welti, F. (Hg.) (2018): Gesundheitsrecht. Eine systematische Einführung. München.

Irblich, D. (2004): „Gewalt ist, wenn man's trotzdem macht". Über fachlich legitimierte Formen der Gewalt in der Arbeit mit behinderten Kindern. In: Geistige Behinderung, 43 (1), 15-35.

Isensee, J. (2011): Das Grundrecht als Abwehrrecht und als staatliche Schutzpflicht. In: Isensee, J.; Kirchhof, P. (Hg.): Handbuch des Staatsrechts der Bundesrepublik Deutschland. Band IX: Allgemeine Grundrechtslehren. Heidelberg et al., 413-568.

Jakovljević, A.-K.; Wiesemann, C. (2016): Zwangsmaßnahmen in der forensischen Psychiatrie. Aktuelle Behandlungspraxis im Maßregelvollzug aus medizinethischer Perspektive. In: Der Nervenarzt, 87 (7), 780-786.

Jonsen, A. R.; Toulmin, S. (1988): The Abuse of Casuistry. A History of Moral Reasoning. Berkeley; London.

Kamlah, W. (1973): Philosophische Anthropologie. Sprachkritische Grundlegung und Ethik. Mannheim et al.

Kant, I. (1969): Gesammelte Schriften. Band 6 (I/6): Die Religion innerhalb der Grenzen der blossen Vernunft. Die Metaphysik der Sitten. Berlin; New York.

Kant, I. (1963): Gesammelte Schriften. Band 5 (I/5): Kritik der praktischen Vernunft. Kritik der Urteilskraft. Berlin; New York.

Kant, I. (1963): Gesammelte Schriften. Band 4 (I/4): Kritik der reinen Vernunft. Prolegomena. Grundlegung zur Metaphysik der Sitten. Metaphysische Anfangsgründe der Naturwissenschaft. Berlin; New York.

Kappeler, M. (2017): Kinder im Heim – Anvertraut und ausgeliefert. In: Neue Praxis, 47 (6), 547-552.

Katsakou, C. et al. (2012): Psychiatric patients' views on why their involuntary hospitalisation was right or wrong: a qualitative study. In: Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 47 (7), 1169-1179.

Katsakou, C. et al. (2011): Why do some voluntary patients feel coerced into hospitalisation? A mixed-methods study. In: Psychiatry Research, 187 (1-2), 275-282.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Kaufmann, F.-X. (1992): Der Ruf nach Verantwortung. Risiko und Ethik in einer unüberschaubaren Welt. Freiburg im Breisgau et al.

Keil, G. (2017): Vagheit. In: Schrenk, M. (Hg.): Handbuch Metaphysik. Stuttgart, 121-127.

Kessl, F. (2015): Stufenpläne in der „geschlossenen Unterbringung“ – eine Kontextualisierung auf Basis empirischer Einsichten in die Logik fachlichen Tuns in fakultativ geschlossenen Settings. In: Evangelischer Erziehungsverband (Hg.): Wenn pädagogische Fachkräfte bestrafen, belohnen und festhalten – eine kritische Reflexion verhaltenstherapeutischer Instrumente in Kinder- und Jugendwohngruppen. Dähre, 8-15.

Ketelsen, R. et al. (2001): Entwicklung eines Kooperationsmodells zwischen drei psychiatrischen Kliniken mit dem Ziel der Qualitätssicherung bei Zwangsmaßnahmen am Beispiel der Fixierungsdokumentation. In: Psychiatrische Praxis, 28 (2), 69-74.

Kirkevold, Ø.; Engedal, K. (2005): Concealment of drugs in food and beverages in nursing homes: cross sectional study. In: BMJ, 330 (7481), 20-22.

Knuth, N.; Stork, R. (2014): Beteiligungsverfahren und Beschwerdemöglichkeiten – kann die Heimerziehungspraxis die neuen rechtlichen Ansprüche nach § 45 SGB VIII erfüllen? In: Forum Erziehungshilfen, 20 (4), 245-248.

Kojer, M.; Gutenthaler, U. (2016): Gestörtes Verhalten – Verhalten, das uns stört. In: M. Kojer; M. Schmidl (Hg.): Demenz und Palliative Geriatrie in der Praxis. Wien, 27-36.

Köpke, S.; Meyer, G. (2015): Leitlinie FEM. Evidenzbasierte Praxisleitlinie Vermeidung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen in der beruflichen Altenpflege. http://www.leitlinie-fem.de/download/LL_FEM_2015_Internet_gesamt.pdf [06.08.2018].

Kowald, A.; Kirkwood, T. B. (2015): Evolutionary significance of ageing in the wild. In: Experimental Gerontology, 71, 89-94.

Krappmann, L. (2013): Die rechtliche Handlungsfähigkeit des Kindes – Die UN-Kinderrechtskonvention aus der Sicht des Artikels 12 UN-BRK. In: Aichele, V. (Hg.): Das Menschenrecht auf gleiche Anerkennung vor dem Recht. Artikel 12 der UN-Behindertenrechtskonvention. Baden-Baden, 100-118.

Krappmann, L. (2010): Anspruch und Kerngehalte der Kinderrechtskonvention der Vereinten Nationen. In: Bielefeldt, H. et al. (Hg.): Kinder und Jugendliche. Wien et al., 15-25.

Krause, H.-U. (2016): Was macht gute Heimerziehung heute aus? – Ein Zwischenruf. In: Forum Erziehungshilfen, (22) 2, 79-82.

Kruse, A. (2018): Das letzte Lebensjahr. Zur körperlichen, psychischen und sozialen Situation des alten Menschen am Ende seines Lebens. Stuttgart.

Kruse, A. (2017): Lebensphase hohes Alter: Verletzlichkeit und Reife. Berlin; Heidelberg.

Kruse, A. (Hg.) (2010): Lebensqualität bei Demenz? Zum gesellschaftlichen und individuellen Umgang mit einer Grenzsituation im Alter. Heidelberg.

Kruse, A.; Schmitt, E. (2011): Verantwortung für sich und für andere. Identität und Generativität als psychologische Kernelemente selbst- und mitverantwortlichen Lebens. In: Psychotherapie im Alter, 8 (3), 381-394.

Kruse, A.; Wahl, H.-W. (2014): Lebenslaufforschung – ein altes und neues interdisziplinäres Forschungsthema. In: Wahl, H.-W.; Kruse, A. (Hg.): Lebensläufe im Wandel. Entwicklung über die Lebensspanne aus Sicht verschiedener Disziplinen. Stuttgart, 16-38.

Kruse, A. et al. (1992): Konflikt- und Belastungssituationen in stationären Einrichtungen der Altenhilfe und Möglichkeiten ihrer Bewältigung. Stuttgart.

Kuhlmann, C. (2008): So erzieht man keinen Menschen! Lebens- und Berufserinnerungen aus der Heimerziehung der 50er und 60er Jahre. Wiesbaden.

Kuhlmey, A.; Blüher, S. (2011): Demografische Entwicklung in Deutschland. Konsequenzen für Pflegebedürftigkeit und pflegerische Versorgung. In: Schaeffer, D.; Wingenfeld, K. (Hg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim; München, 185-198.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Kumbier, E.; Haack, K.; Steinberg, H. (2013): 50 Jahre Rodewischer Thesen – Zu den Anfängen sozialpsychiatrischer Reformen in der DDR. In: Psychiatrische Praxis, 40 (6), 313-320.

Kumbier, E.; Steinberg, H. (Hg.) (2018): Psychiatrie in der DDR. Berlin.

Kunstreich, T. (2016): Gegen eine „Dressur zur Mündigkeit" – Zur Kritik einer ‚neuen' repressiven Erziehungstechnologie und Optionen für eine demokratische Kultur des Aufwachsens. In: Forum Erziehungshilfen, 22 (4), 208-213.

Kunstreich, T. (2007): Zwang in öffentlicher Erziehung. Einladung zur Diskussion. In: Widersprüche, 27 (4), 11-12.

Kunstreich, T.; Lutz, T. (2015): Dressur zur Mündigkeit? „Stufenvollzug" als Strukturmerkmal nicht nur von offiziell geschlossenen Einrichtungen. In: Evangelischer Erziehungsverband (Hg.): Wenn pädagogische Fachkräfte bestrafen, belohnen und festhalten – eine kritische Reflexion verhaltenstherapeutischer Instrumente in Kinder- und Jugendwohngruppen. Dähre, 24-35.

Lahno, B. (2002): Der Begriff des Vertrauens. Paderborn.

Längle, G.; Bayer, W. (2007): Psychiatrische Zwangsbehandlung und die Sichtweise der Patienten. In: Psychiatrische Praxis, 34 (2), 203-207.

Lehmann, P. (2013): Verweigerte Selbstbestimmung in der Behandlung psychiatrischer Patientinnen und Patienten. In: Aktion Psychisch Kranke (Hg.): Gleichberechtigt mittendrin – Partizipation und Teilhabe. Köln, 77-105.

Lenk, H. (1993): Verantwortung in der Technik. In: Zeitschrift für medizinische Ethik, 39 (2), 131-142.

Lindenberg, M. (2011): Geschlossene Unterbringung in der Kinder- und Jugendhilfe. Darstellung, Kritik, politischer Zusammenhang. In: Dollinger, B.; Schmidt-Semisch, H. (Hg.): Handbuch Jugendkriminalität. Kriminologie und Sozialpädagogik im Dialog. Wiesbaden, 557-572.

Lindenberger, U. (2014): Human cognitive aging: corriger la fortune? In: Science, 346 (6209), 572-578.

Lipp, V. (2013): Erwachsenenschutz und Verfassung – Betreuung, Unterbringung und Zwangsbehandlung. In: Zeitschrift für das gesamte Familienrecht, 60 (12), 913-923.

Lipp, V. (2000): Freiheit und Fürsorge. Der Mensch als Rechtsperson. Tübingen.

Lipp, V.; Güttler, G. (2017): Betreuungsrechtliche Unterbringung: Nur in der Psychiatrie? In: Betreuungsrechtliche Praxis, 26 (3), 94-99.

Lob-Hüdepohl, A. (2017): Erkunden – Rechtfertigen – Gestalten – Organisieren: Das Berliner Modell sozialprofessioneller Ethikberatung B:ERGO. In: EthikJournal, 4 (1), https://www.ethikjournal.de/fileadmin/user_upload/ethikjournal/Texte_Ausgabe_1_06-2017/Lob-Huedepohl_BERGO_EthikJournal_4_2017_1.pdf [31.07.2018].

Lob-Hüdepohl, A. (2013a): Sorgeethik. Skizze zur Gegenstandskonstitution. Kriteriologie und Methode einer ‚inwendigen' Ethik Sozialer Arbeit. In: Zichym M.; Ostheimer, J.; Grimm, H. (Hg.): Was ist ein moralisches Problem? Zur Frage des Gegenstandes angewandter Ethik. Freiburg im Breisgau, 383-411.

Lob-Hüdepohl, A. (2013b): „People first". Die ‚Mandatsfrage' sozialer Professionen aus moraltheoretischer Sicht. In: EthikJournal, 1 (1), https://www.ethikjournal.de/fileadmin/user_upload/ethikjournal/Texte_Ausgabe_1_04-2013/1_2013_1_Lob-Huedepohl.red..pdf [04.09.2018].

Lob-Hüdepohl, A. (2012): Überflüssige Interessen? Politische Partizipation Benachteiligter als normativer Lackmustest für eine republikanisch verfasste Demokratie. In: Ethik und Gesellschaft, 6 (2). http://www.ethik-und-gesellschaft.de/ojs/index.php/eug/article/view/2-2012-art-5/73 [03.09.2018].

Lob-Hüdepohl, A. (2007): Berufliche Soziale Arbeit und die ethische Reflexion ihrer Beziehungs- und Organisationsformen. In: Lob-Hüdepohl, A.; Lesch, W. (Hg.): Ethik Sozialer Arbeit. Ein Handbuch. Paderborn et al., 113-161.

Löwisch, D.-J. (1995): Einführung in die pädagogische Ethik. Eine handlungsorientierte Anleitung für die Durchführung von Verantwortungsdiskursen. Darmstadt.

Lukes, S. (2005): Power. A Radical View. Basingstoke; New York.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Lutz, T. (2015): Ausschließung und Einsperrung zum Wohl der Kinder und Jugendlichen? In: Forum Erziehungshilfen, 21 (5), 303-308.

Mackenzie, C.; Stoljar, N. (Hg.) (2000): Relational Autonomy. Feminist Perspectives on Autonomy, Agency and the Social Self. New York; Oxford.

Macleod, C. (2015): Agency, authority and the vulnerability of children. In: Bagattini, A.; Macleod, C. (Hg.): The Nature of Children's Well-Being. Theory and Practice. Dordrecht, 53-64.

Marschner, R.; Volckart, B.; Lesting, W. (Hg.) (2010): Freiheitsentziehung und Unterbringung. München.

MBJS – Ministerium für Bildung, Jugend und Sport des Landes Brandenburg (Hg.) (2013): Bericht und Empfehlungen der unabhängigen Kommission zur Untersuchung der Einrichtungen der Haasenburg GmbH. Potsdam.

McNaughton, D. (1988): Moral Vision. An Introduction to Ethics. Oxford.

MDS – Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (Hg.) (2017): Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. 5. Pflege-Qualitätsbericht des MDS nach § 114a Abs. 6 SGB XI. Essen.

MDS – Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (Hg.) (2014): Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. 4. Pflege-Qualitätsbericht des MDS nach § 114a Abs. 6 SGB XI. Essen.

MDS – Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (Hg.) (2012): Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. 3. Bericht des MDS nach § 114a Abs. 6 SGB XI. Essen.

Meng, X.; D'Arcy, C.; Tempier, R. (2014): Long-term trend in pediatric antidepressant use, 1983–2007: A population-based study. In: Canadian Journal of Psychiatry, 59 (2), 89-97.

Meyer, G. et al. (2009): Restraint use among nursing home residents: cross-sectional study and prospective cohort study. In: Journal of Clinical Nursing, 18 (7), 981-990.

Mohr, S.; Ritter, B.; Ziegler, H. (2017): Zwang als erzieherisches Mittel in der Kinder- und Jugendhilfe? Zur Relevanz der Organisationsbedingungen für die Ausprägung punitiv-responsibilisierender Haltungen von Fachkräften. In: Sozial Extra, 41 (5), 19-23.

Müller, B. (1987): Sozialpädagogische Ethik. Zum Verhältnis von Fachwissenschaft, Handlungskompetenz und Berufsmoral. In: Rauschenbach, T.; Thiersch, H. (Hg.): Die herausgeforderte Moral. Lebensbewältigung in Erziehung und Sozialer Arbeit. Bielefeld, 35-58.

Murray, S. A. et al. (2005): Illness trajectories and palliative care. In: BMJ, 330 (7498), 1007-1011.

Olfson, M. et al. (2012): National trends in the office-based treatment of children, adolescents, and adults with antipsychotics. In: Archives of General Psychiatry, 69 (12), 1247-1256.

Parens, E.; Johnston, J. (2009): Facts, values, and Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): an update on the controversies. In: Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 3:1 (DOI: 10.1186/1753-2000-3-1).

Peters, F. (2016): Geschlossene Unterbringung in der Kinder- und Jugendhilfe – eine unendliche Geschichte? In: Kindesmisshandlung und -vernachlässigung, 19 (2), 170-183.

Pixa-Kettner, U.; Rohmann, K. (2012): Besondere Familien – Welche Unterstützung brauchen Eltern mit Lernschwierigkeiten und ihre Kinder? http://www.behinderte-eltern.de/pdf/Forschungsprojekt.pdf [23.07.2018].

Porter, R. (2002): Madness. A Brief history. Oxford; New York.

Quante, M. (2011): In defence of personal autonomy. In: Journal of Medical Ethics, 37 (10), 597-600.

Quante, M. (2002): Personales Leben und menschlicher Tod. Frankfurt am Main.

Raatzsch, R. (2013): Reflektierter Intuitionismus. Münster.

Radenbach, K.; Simon, A. (2016): Advance Care Planning in der Psychiatrie. In: Ethik in der Medizin, 28 (3), 183-194.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Rawls, J. (1979): Theorie der Gerechtigkeit. Frankfurt am Main.

Redmann, B. (2017): Erzähl' uns das: Ermutigung für eine biographische Perspektive auf die eigene(n) Geschichte(n). In: Redmann, B.; Gintzel, U. (Hg.): Von Löweneltern und Heimkindern. Lebensgeschichten von Jugendlichen und Eltern mit Erfahrungen in der Erziehungshilfe. Weinheim; Basel, 7-22.

Redmann, B.; Gintzel, U. (Hg.) (2017): Von Löweneltern und Heimkindern. Lebensgeschichten von Jugendlichen und Eltern mit Erfahrungen in der Erziehungshilfe. Weinheim; Basel.

Remmers, H. (2000): Pflegerisches Handeln. Wissenschafts- und Ethikdiskurse zur Konturierung der Pflegewissenschaft. Bern et al.

Remmers, H.; Kruse, A. (2014): Gestaltung des Lebensendes – End of Life Care. In: Wahl, H.-W.; Kruse, A. (Hg.): Lebensläufe im Wandel. Entwicklung über die Lebensspanne aus Sicht verschiedener Disziplinen. Stuttgart, 215-231.

Remmers, H.; Walter, U. (2012): Der Einfluss von Altersbildern auf Behandlung und Pflege. In: Kruse, A.; Rentsch, T.; Zimmermann, H.-P. (Hg.): Gutes Leben im hohen Alter. Das Alter in seinen Entwicklungsmöglichkeiten und Entwicklungsgrenzen verstehen. Heidelberg, 205-230.

Richter, T. et al. (2012): Prevalence of psychotropic medication use among German and Austrian nursing home residents: a comparison of 3 cohorts. In: Journal of the American Medical Directors Association, 13 (2), 187.e7-187.e13.

Ricken, F. (2014): Das platonisch-aristotelische Erbe: Der Begriff der Technê und die Tugenden der Phronesis und der Epikie. In: Bormann, F.-J.; Wetzstein, V. (Hg.): Gewissen. Dimensionen eines Grundbegriffs medizinischer Ethik. Berlin; Boston, 139-152.

Riedel, A. (2013): Ethische Reflexion und Entscheidungsfindung im professionellen Pflegehandeln realisieren. In: Ethik in der Medizin, 25 (1), 1-4.

Rixen, S. (2014): Die Gewissensfreiheit der Gesundheitsberufe aus verfassungsrechtlicher Sicht. In: Bormann, F.-J.; Wetzstein, V. (Hg.): Gewissen. Dimensionen eines Grundbegriffs medizinischer Ethik. Berlin; Boston, 65-88.

Roelcke, V. (2010): Psychiatrie im Nationalsozialismus. Historische Kenntnisse, Implikationen für aktuelle ethische Debatten. In: Der Nervenarzt, 81 (11), 1317-1325.

Roelcke, V. (2002): Die Entwicklung der Psychiatrie zwischen 1880 und 1932. Theoriebildung, Institutionen, Interaktionen mit zeitgenössischer Wissenschafts- und Sozialpolitik. In: vom Bruch, R.; Kaderas, B. (Hg.): Wissenschaften und Wissenschaftspolitik. Bestandsaufnahmen zu Formationen, Brüchen und Kontinuitäten im Deutschland des 20. Jahrhunderts. Stuttgart, 109-124.

Rössler, B. (2011): Autonomie. In: Stoecker, R.; Neuhäuser, C.; Raters, M.-L. (Hg.): Handbuch Angewandte Ethik. Stuttgart; Weimar, 93-99.

Rotzoll, M.; Hohendorf, G.; Fuchs, P. (2010): Die nationalsozialistische „Euthanasie"-Aktion „T4" und ihre Opfer. Von den historischen Bedingungen bis zu den Konsequenzen für die Ethik in der Gegenwart. Eine Einführung. In: Rotzoll, M. et al. (Hg.): Die nationalsozialistische „Euthanasie"-Aktion T4 und ihre Opfer. Geschichte und ethische Konsequenzen für die Gegenwart. Paderborn et al., 13-24.

Schapiro, T. (1999): What is a child? In: Ethics, 109 (4), 715-738.

Schickhardt, C. (2012): Kinderethik. Der moralische Status und die Rechte der Kinder. Münster.

Schleswig-Holsteinischer Landtag (Hg.) (2017): Bericht und Beschlussempfehlung des Ersten Parlamentarischen Untersuchungsausschusses. Landtagsdrucksache 18/5272.

Schmahl, S. (2016a): Menschenrechtliche Sicht auf die Zwangsbehandlung von Kindern bei Selbstgefährdung. In: Coester-Waltjen, D. et al. (Hg.): Zwangsbehandlung bei Selbstgefährdung. 14. Göttinger Workshop zum Familienrecht 2015. Göttingen, 95-104.

Schmahl, S. (2016b): Menschenrechtliche Sicht auf die Zwangsbehandlung von Erwachsenen bei Selbstgefährdung. In: Coester-Waltjen, D. et al. (Hg.): Zwangsbehandlung bei Selbstgefährdung. 14. Göttinger Workshop zum Familienrecht 2015. Göttingen, 43-53.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Schmidt, E. E.; Schönecker, D. (2014): Vernunft, Herz und Gewissen. Kants Theorie der Urteilskraft zweiter Stufe als Modell für die Medizinische Ethik. In: Bormann, F.-J.; Wetzstein, V. (Hg.): Gewissen. Dimensionen eines Grundbegriffs medizinischer Ethik. Berlin; Boston, 229-250.

Schmuhl, H.-W. (1992): Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie. Von der Verhütung zur Vernichtung „lebensunwerten Lebens“, 1890–1945. Göttingen.

Schott, H.; Tölle, R. (Hg.) (2005): Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren, Irrwege, Behandlungsformen. München.

Schramme, T. (2013): Psychische Dysfunktion – Grundlage für den Begriff der psychischen Krankheit? In: Hucklenbroich, P.; Buyx, A. (Hg.): Wissenschaftstheoretische Aspekte des Krankheitsbegriffs. Paderborn, 193-210.

Schröer, W.; Struck, N.; Wolff, M. (Hg.) (2016): Handbuch Kinder- und Jugendhilfe. Weinheim; Basel.

Schwabe, M. (2010): Eskalation und De-Eskalation in Einrichtungen der Jugendhilfe. Konstruktiver Umgang mit Aggression und Gewalt in Arbeitsfeldern der Jugendhilfe. Regensburg; Frankfurt am Main.

Schwabe, M.; Evers, T. (2008): Die Stimmen der von Zwang Betroffenen hören, verstehen und einordnen. In: Schwabe, M. (Hg.): Zwang in der Heimerziehung? Chancen und Risiken. München; Basel, 141-169.

Schwabe, M.; Vust, D. (2008): Institutionelle Zwangselemente in Heimgruppen: Kontextbedingungen, Formen und Zielgruppen. In: Schwabe, M. (Hg.): Zwang in der Heimerziehung? Chancen und Risiken. München; Basel, 74-104.

Shorter, E. (2003): Geschichte der Psychiatrie. Reinbek.

Siegler, R. et al. (2016): Theorien der kognitiven Entwicklung. In: Pauen, S. (Hg.): Entwicklungspsychologie im Kindes- und Jugendalter. Berlin; Heidelberg, 117-154.

Singhal, A. et al. (2014): Risk of self-harm and suicide in people with specific psychiatric and physical disorders: comparisons between disorders using English national record linkage. In: Journal of the Royal Society of Medicine, 107 (5), 194-204.

Spiess, G. (2012): Jugendkriminalität in Deutschland – zwischen Fakten und Dramatisierung. Kriminalstatistische und kriminologische Befunde. http://www.uni-konstanz.de/rtf/gs/G.Spiess-Jugendkriminalitaet-2012.pdf [10.09.2018].

Statistisches Bundesamt (Hg.) (2017a): Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe. Erzieherische Hilfe, Pflegschaften, Vormundschaften, Beistandschaften, Pflegeerlaubnis, Sorgerechtsentzug, Sorgeerklärungen 2016. https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Soziales/KinderJugendhilfe/PflegeVormundBeistandschaftPflegeerlaubnis5225202167004.pdf?__blob=publicationFile [07.08.2018].

Statistisches Bundesamt (Hg.) (2017b): Pflegestatistik 2015. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse. https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001159004.pdf?__blob=publicationFile [07.08.2018].

Steinert, T.; Baur, M. (2004): Erfassung und Reduktion von Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Krankenhaus. In: Psychiatrische Praxis, 31 (Suppl. 1), S18-S20.

Steinert, T. et al. (2015): Langzeittendenzen in der Anwendung von Fixierungen und Isolierungen in fünf psychiatrischen Kliniken. In: Psychiatrische Praxis, 42 (7), 377-383.

Steinert, T. et al. (2013): Subjective distress after seclusion or mechanical restraint: one-year follow-up of a randomized controlled study. In: Psychiatric Services, 64 (10), 1012-1017.

Steinert, T. et al. (2002): Prävention von Gewalt im psychiatrischen Krankenhaus. Erste Ergebnisse einer multizentrischen Arbeitsgemeinschaft in Baden-Württemberg und Bayern. In: Krankenhauspsychiatrie, 13 (4), 132-137.

Steinert, T. et al. (2001): Häufigkeit und Dauer von Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Krankenhäusern und Abteilungen. In: Nervenheilkunde, 20 (Suppl. 3), S154-S155.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Steinfath, H. (2016): Das Wechselspiel von Autonomie und Vertrauen – eine philosophische Einführung. In: Steinfath, H.; Wiesemann, C. (Hg.): Autonomie und Vertrauen. Schlüsselbegriffe der modernen Medizin. Wiesbaden, 11-68.

Stoecker, R. (2013): Kinderrechte und Kinderwürde. In: Bornmüller, F.; Hoffmann, T.; Pollmann, A. (Hg.): Menschenrechte und Demokratie. Georg Lohmann zum 65. Geburtstag. Freiburg im Breisgau; München, 387-407.

Thaler, P. (2016): Erfahrungen mit Zwangsmaßnahmen und Gewalt. In: Zinkler, M.; Laupichler, K.; Osterfeld, M. (Hg.): Prävention von Zwangsmaßnahmen. Menschenrechte und therapeutische Kulturen in der Psychiatrie. Köln, 41-52.

Thiersch, H. (2012): Erziehungshilfen im Spiegel der Geschichte – wo stehen wir heute? In: Forum Erziehungshilfen, 18 (1), 4-12.

Thiersch, H.; Lob-Hüdepohl, A. (2018): Moral und Soziale Arbeit. In: Otto, H.-U. et al. (Hg.): Handbuch Soziale Arbeit. Grundlagen der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. München, 1032-1045.

Tischler, K. (2009): Sonderformen stationärer Jugendhilfe: Geschlossene Unterbringung, sogenannte Erziehungscamps, Auslandsmaßnahmen. In: Blickpunkt Jugendhilfe, 14 (4), 3-8.

Tornow, H. (2008): Wirksamkeit von Hilfen zur Erziehung – neue Längsschnitt-Ergebnisse aus dem WIMES-Projekt. In: Evangelischer Erziehungsverband (Hg.): Wirkungen III. Hannover, 7-38.

Trampota, A. (2003): Autonome Vernunft oder moralische Sehkraft? Das epistemische Fundament der Ethik bei Immanuel Kant und Iris Murdoch. Stuttgart.

Tronto, J. C. (1993): Moral Boundaries. A Political Argument for an Ethic of Care. New York; London.

Uerpmann-Wittzack, R. (2016): Anmerkung [zum Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 26. Juli 2016 – 1 BvL 8/15]. In: Zeitschrift für das gesamte Familienrecht, 63 (20), 1746-1747.

UNHRC – United Nations Human Rights Council (Hg.) (2013): Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Juan E. Méndez. UN-Dok. A/HRC/22/53.

Wacker, E. (2001): Wohn-, Förder- und Versorgungskonzepte für ältere Menschen mit geistiger Behinderung – ein kompetenz- und lebensqualitätsorientierter Ansatz. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hg.): Expertisen zum Dritten Altenbericht der Bundesregierung. Band 5: Versorgung und Förderung älterer Menschen mit geistiger Behinderung. Opladen, 43-121.

Wahl, H.-W.; Kruse, A. (Hg.) (2014): Lebensläufe im Wandel. Entwicklung über die Lebensspanne aus Sicht verschiedener Disziplinen. Stuttgart.

Wahl, R.; Masing, J. (1990): Schutz durch Eingriff. In: Juristenzeitung, 45 (12), 553-563.

Weber, M. (1972): Wirtschaft und Gesellschaft. Grundriss der verstehenden Soziologie. Tübingen.

Wiesemann, C. (2016): Moral Equality, Bioethics, and the Child. Cham.

Wiesemann, C. (2014): Der moralische Status des Kindes in der Medizin. In: Ach, J. S.; Lüttenberg, B.; Quante, M. (Hg.): wissen.leben.ethik. Themen und Positionen der Bioethik. Münster, 155-168.

Wiesing, U.; Bormann, F.-J. (2014): Urteilskraft und Gewissen: die ärztliche Entscheidung im Zeitalter der *evidence-based medicine.* In: Bormann, F.-J.; Wetzstein, V. (Hg.): Gewissen. Dimensionen eines Grundbegriffs medizinischer Ethik. Berlin; Boston, 39-49.

Wiesner, R. (Hg.) (2015): SGB VIII – Kinder- und Jugendhilfe. Kommentar. München.

Wirth, M.; Schmiedebach, H.-P. (2017): Shaping the problem of coercion in psychiatry – historical and ethical observations. In: Gather, J. et al. (Hg.): Beneficial Coercion in Psychiatry? Foundations and Challenges. Münster, 57-84.

von Wölfel, U.; Redmann, B.; Löffler, C. (2016): Von der geschlossenen Unterbringung zu Geschlossenheit in den Hilfen zur Erziehung? Gedanken zu aktuellen Entwicklungen. In: Forum Erziehungshilfen, 22 (2), 117-120.

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Wynn, R. (2003): Staff's attitudes to the use of restraint and seclusion in a Norwegian university psychiatric hospital. In: Nordic Journal of Psychiatry, 57 (6), 453-459.

ZEKO – Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (2013): Zwangsbehandlung bei psychischen Erkrankungen. In: Deutsches Ärzteblatt, 110 (26), A1334-A1338.

Zito, J. M. et al. (2008): A three-country comparison of psychotropic medication prevalence in youth. In: Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 2:26 (DOI: 10.1186/1753-2000-2-26).

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Entscheidungsverzeichnis

BGH, Beschluss vom 01.07.2015 – XII ZB 89/15 (FamRZ 2015, 1484)

BGH, Beschluss vom 14.01.2015 – XII ZB 470/14 (NJW 2015, 1019)

BGH, Beschluss vom 04.06.2014 – XII ZB 121/14 (BGHZ 201, 324)

BGH, Beschluss vom 20.06.2012 – XII ZB 99/12, XII ZB 130/12 (BGHZ 193, 337)

BVerfG, Beschluss vom 07.08.2018 – 1 BvR 1575/18 (http://www.bverfg.de/e/rk20180807_1bvr157518.html)

BVerfG, Urteil vom 24.07.2018 – 2 BvR 309/15, 2 BvR 502/16 (NJW 2018, 2619)

BVerfG, Beschluss vom 06.03.2018 – 1 BvL 1/16 (FamRZ 2018, 1021)

BVerfG, Beschluss vom 26.07.2016 – 1 BvL 8/15 (BVerfGE 142, 313)

BVerfG, Beschluss vom 23.03.2011 – 2 BvR 882/09 (BVerfGE 128, 282)

BVerfG, Urteil vom 01.04.2008 – 1 BvR 1620/04 (BVerfGE 121, 69)

BVerfG, Beschluss vom 07.10.1981 – 2 BvR 1194/80 (BVerfGE 58, 208)

EGMR, Urteil vom 05.06.2015 – 46043/14 (NJW 2015, 2715)

EGMR, Urteil vom 17.07.2014 – 47848/08 (NJW 2015, 2635)

EGMR, Urteil vom 05.12.2013 – 45076/05 (http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-138590)

EGMR, Urteil vom 20.01.2011 – 31322/07 (NJW 2011, 3773)

EGMR, Urteil vom 29.04.2002 – 2346/02 (NJW 2002, 2851)

OLG Celle, Beschluss vom 04.05.2012 – 10 UF 69/12 (FamRZ 2012, 1896)

OLG Köln, Beschluss vom 07.09.2012 – 2 Ws 644/12 (BtPrax 2012, 256)

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Abkürzungsverzeichnis

a. F.	alte Fassung
AA	Akademieausgabe
Abs.	Absatz
Art.	Artikel
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGBl.	Bundesgesetzblatt
BGH	Bundesgerichtshof
BGHZ	Entscheidungen des Bundesgerichtshofes in Zivilsachen
BRD	Bundesrepublik Deutschland
BtPrax	Betreuungsrechtliche Praxis
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
BVerfGE	Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
d. h.	das heißt
DDR	Deutsche Demokratische Republik
ders.	derselbe
ebd.	ebenda
EGMR	Europäischer Gerichtshof für Menschenrechte
EMRK	Europäische Menschenrechtskonvention
et al.	und andere (lat.: *et alii*)
etc.	und so weiter (lat.: *et cetera*)
EU	Europäische Union
f.	folgende [Seite]
FamFG	Familienverfahrensgesetz
FamRZ	Zeitschrift für das gesamte Familienrecht
ff.	folgende [Seiten]
GG	Grundgesetz
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
Hg.	Herausgeber
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
IPbpR	Internationaler Pakt über bürgerliche und politische Rechte
IPwskR	Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte
JGG	Jugendgerichtsgesetz
Kap.	Kapitel
lit.	Buchstabe (lat.: *littera*)
m. w. N.	mit weiteren Nachweisen

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

MBO-Ä	(Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte
NJW	Neue Juristische Wochenschrift
Nr.	Nummer
o. Ä.	oder Ähnliches
OLG	Oberlandesgericht
Rn.	Randnummer
S.	Seite
SGB	Sozialgesetzbuch
Suppl.	Supplement
Tab.	Tabelle
UN	Vereinte Nationen
UN-Dok.	UN-Dokument
UN-BRK	UN-Behindertenrechtskonvention
UN-KRK	UN-Kinderrechtskonvention
USA	Vereinigten Staaten von Amerika
usw.	und so weiter
vgl.	vergleiche
z. B.	zum Beispiel

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.

Mitglieder des Deutschen Ethikrates

Prof. Dr. theol. Peter Dabrock (Vorsitzender)

Prof. Dr. med. Katrin Amunts (Stellvertretende Vorsitzende)

Prof. Dr. iur. Dr. h. c. Volker Lipp (Stellvertretender Vorsitzender)

Prof. Dr. med. Claudia Wiesemann (Stellvertretende Vorsitzende)

Constanze Angerer

Prof. Dr. iur. Steffen Augsberg

Prof. Dr. theol. Franz-Josef Bormann

Prof. Dr. med. Alena M. Buyx

Prof. em. Dr. iur. Dr. h. c. Dagmar Coester-Waltjen

Dr. med. Christiane Fischer

Prof. em. Dr. phil. habil. Dr. phil. h. c. lic. phil. Carl Friedrich Gethmann

Prof. Dr. rer. nat. Dr. phil. Sigrid Graumann

Bischof Prof. Dr. theol. Martin Hein

Prof. Dr. med. Wolfram Henn

Prof. Dr. iur. Wolfram Höfling

Prof. Dr. (TR) Dr. phil. et med. habil. Ilhan Ilkilic

Prof. Dr. rer. nat. Ursula Klingmüller

Stephan Kruip

Prof. Dr. phil. Dr. h. c. Dipl.-Psych. Andreas Kruse

Prof. Dr. phil. Adelheid Kuhlmey

Prof. Dr. med. Leo Latasch

Prof. Dr. theol. Andreas Lob-Hüdepohl

Prof. em. Dr. iur. Reinhard Merkel

Prof. Dr. phil. Judith Simon

Prof. Dr. med. Elisabeth Steinhagen-Thiessen

Dr. phil. Petra Thorn

Vorabfassung - wird durch die endgültige Fassung ersetzt.